# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 9 Avril 1908, à 1 heure*

PAR

**René CULLERRE**

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes
né à la Roche-sur-Yon (Vendée) le 12 mai 1882

DES

# RÉTRACTIONS TENDINEUSES

## ET DE L'AMYOTROPHIE

## Consécutives aux Attitudes stéréotypées dans les Psychoses

*Président :* M. JOFFROY, *professeur*

*Juges* { MM. CHANTEMESSE, *professeur*
LANGLOIS, *agrégé*
CLAUDE, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
**BONVALOT-JOUVE**
15, RUE RACINE, 15

1908

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | QUENU |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Gilbert BALLET |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | JOFFROY |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU<br>BERGER<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | De Lapersonne |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR<br>RICHEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fer.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA (André) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL, chef des travaux anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET (André) | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE, LE DOCTEUR A. CULLERRE

Directeur médecin de l'Asile d'aliénés
de La Roche-sur-Yon (Vendée)
Membre correspondant de la Société médico-psychologique

*Témoignage d'affection*
*et de reconnaissance*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

DES

# Rétractions tendineuses et de l'Amyotrophie

## consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses

---

## AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, nous nous faisons un devoir de rendre hommage à ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur science pendant les six ans passés parmi eux.

Que MM. Poisson, Labeyrie, Aubry, Amédée Monnier, dont nous avons été l'élève ou l'externe, et MM. Patoureau, Malherbe, Jalaber, Guillemet et Grosse dont nous avons été l'interne veuillent bien agréer nos remerciements.

Nous remercions tout spécialement MM. Mirallié, Vignard, E. Bureau et Guilbaud des bonnes leçons pratiques qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pen-

dant nos études, et nous sommes très reconnaissant à ces maîtres de la faveur qu'ils nous ont faite en nous acceptant comme interne dans leurs services.

Du plus profond du cœur, nous remercions le père chéri et affectueux qui nous a donné le sujet de ce travail et auprès de qui nous avons puisé tout ce qu'il peut contenir de bon.

M. le Professeur Joffroy nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer l'expression de toute notre reconnaissance et l'hommage de notre profond respect.

R. C.

## CHAPITRE PREMIER

### Historique
### Des contractures dans les psychoses, leurs conséquences possibles : l'amyotrophie et les rétractions tendineuses.

Les troubles fonctionnels de l'appareil musculaire, d'une si grande importance pour l'étude clinique et le diagnostic des maladies mentales n'ont qu'assez tardivement attiré l'attention des psychiâtres.

Nous voyons signalée dans Esquirol l'altération du sens musculaire chez certains malades : « Combien d'aliénés, dit-il, qui se trompent sur le volume, la forme, la pesanteur des corps qu'ils touchent (1). »

Mais il s'agit ici de troubles illusionnels subjectifs, non contrôlables objectivement. En se reportant à sa description de la lypémanie, on y trouve parmi les faits cliniques dont elle est illustrée des raisons de croire qu'il a vu, sans toutefois y attacher une

1. Esquirol. *Des Maladies mentales*, t. I, Paris, 1838.

signification clinique quelconque, la rigidité musculaire de certains stupides : « M... reste sans mouvements et sans parole toute la journée. A l'heure des repas elle ne va pas prendre ses aliments, il faut les lui apporter et la presser pour qu'elle mange ; pour cela elle ne change point de position, et ne se sert jamais *que du bras et de la main du côté droit* ».

On peut sous-entendre, sans crainte d'erreur, que l'état de rigidité des autres muscles s'opposait à ce que la malade en fît volontiers usage.

J.-P. Falret semble le premier qui ait signalé les troubles de la fonction musculaire dans les psychoses : « Les muscles sont souvent dans un état de tension et de rigidité tel que les malades ont de la peine à se mouvoir ou à parler lorsque la langue participe à cet état. Le relâchement des muscles s'observe également et conduit aux mêmes résultats ; mais on observe plus fréquemment encore les alternatives de contraction et de relâchement que la permanence d'un de ces états, surtout dans les muscles de la face. Tous les muscles peuvent d'ailleurs en être le siège, il n'est pas rare de les constater dans les autres parties du système musculaire, soit à la surface, soit à la profondeur de nos organes.

« Les contrations permanentes, dans une partie plus ou moins étendue du système musculaire, se lient souvent à un état d'extase et de catalepsie, de même que les alternatives de contraction et de relâchement sont quelquefois portées jusqu'aux convulsions plus ou moins générales et à la chorée. D'au-

trefois on constate des spasmes douloureux des muscles du cou, des contractions spasmodiques des muscles de l'abdomen ou bien des spasmes dans les extrémités inférieures qui contraignent les malades à une marche irrégulière, à des sauts (1). »

Dans cette description, bien qu'un peu floue, l'auteur déclare en termes suffisamment formels qu'il a observé la rigidité musculaire qui accompagne fréquemment certains états de stupidité : c'est à ces états que correspondent les contractions permanentes qu'il signale dans une partie plus ou moins étendue du système musculaire ; et ce qu'il appelle extase et catalepsie n'est autre chose que ce qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de catatonie.

Morel s'en tient à la description précédente de J.-P. Falret, qu'il cite en entier, en faisant observer qu'il ne connaît aucun symptôme qui se rattache d'une manière aussi intime au diagnostic, au pronostic et au traitement des affections nerveuses (2).

De tous les auteurs français de la seconde moitié du dernier siècle, Dagonet est celui qui a le plus insisté sur les troubles musculaires qui accompagnent les états de stupidité. Il en distingue deux formes que nous pourrions qualifier de sthénique et de cataleptique. La première répond aux états panophobiques où l'on voit le sentiment de frayeur qui

---

1. J.-P. Falret. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris 1864.

2. B. A. Morel. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860.

domine le malade se traduire de la façon suivante : « Le regard est effaré, les traits sont contractés, les mouvements et les gestes empreints d'une sorte de roideur. » L'individu est fixé dans une attitude de statue. Dagonet décrit ainsi la seconde forme : « La stupeur peut aussi revêtir chez quelques malades la forme cataleptique et dans ce cas être comme la prolongation d'une attaque véritable de catalepsie. Il semble alors que le pouvoir excito-moteur ait entièrement disparu ; les organes de la vie de relation sont absolument soustraits à l'influence de la volonté. Le malade reste inerte, passif, incapable de faire de lui-même le moindre mouvement ; il conserve indéfiniment, au moins pendant un temps prolongé, la position qui a été imprimée une fois à ses membres (1). »

Contrairement à Baillarger et à son école, Dagonet, d'accord en cela avec Delasiauve, était d'avis que la stupeur, loin d'être une forme de mélancolie délirante, constituait le plus souvent un syndrôme autonome caractérisé au point de vue mental par la suppression plus ou moins complète de l'exercice des facultés mentales (2).

L'aliéniste allemand Griesinger, dans son traité paru en français en 1865 s'exprime de la manière

---

1. J. Dagonet. De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection mentale désignée sous ce nom. (*Ann. med. Psych.* 1871).

2. Delasiauve. *Journal de Médecine mentale*, année 1851 et suiv.

suivante. « Les mouvements des mélancoliques portent tout à fait le cachet de l'état de douleur morale qui les domine... Souvent le malade se tient raide, immobile et fixe comme une statue. Dans ces cas les membres sont raides et offrent une assez grande résistance aux tentatives que l'on fait pour leur donner une autre position ; ou bien ils sont flexibles, mobiles, et souvent ils conservent la position qu'on leur donne. » Et plus loin, à propos de la mélancolie avec stupeur : « les muscles soumis à l'action de la volonté semblent tantôt rigides, tendus, tantôt engourdis... la mobilité du membre, sous l'influence de la volonté ; est toujours considérablement diminuée, parfois elle est presque entièrement supprimée ; il y a là une sorte d'entrave portant sur toute les facultés motrices du cerveau » (1). Ces descriptions, quoique sommaires, résument assez bien les doubles signes de l'altération de la fonction musculaire dans les états de stupeur.

Le premier, Kahlbaum, en 1874 (2) a accordé une attention tout à fait spéciale aux troubles de la motilité dans la folie simple, et, sous le nom de catatonie essaya de constituer une forme particulière de psychose caractérisée en partie par certains symptômes physiques et plus particulièrement musculaires. Déjà il mettait en parallèle, comme on l'a fait depuis en

---

1. W. Griesinger. *Traité des maladies mentales*. Traduct. Doumie Paris, 1865.

2. Kahlbaum. *Die Katatonie*. Berlin 1874.

Allemagne et en France cette forme mentale nouvelle avec la paralysie générale.

Au début de la catatonie, Kahlbaum signale des attaques épileptiformes, et des contractions musculaires ou crampes survenant par attaques ; durant son cours, une tendance à prendre des attitudes bizarres, à faire certaines grimaces, à se livrer à des actes stéréotypés. MM. Séglas et Chaslin (1) résument ainsi la conception de l'auteur : « La catatonie est une maladie cérébrale, à marche changeante d'une façon cyclique, de telle sorte que les symptômes psychiques revêtent successivement la forme de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la démence loquace et enfin de la démence complète. A ce tableau d'ensemble, il peut manquer un ou plusieurs symptômes, tandis que d'un autre côté apparaissent, comme phénomène capital, *les troubles du système nerveux moteur présentant le caractère de la crampe.* »

Schuele, observateur pénétrant, peu préoccupé de conceptions doctrinales donne des descriptions cliniques remarquables des différents syndrômes où l'on rencontre les troubles musculaires.

C'est d'abord la mélancolie avec stupeur où la « rigidité atteint surtout les fléchisseurs des bras et des jambes ainsi que les muscles du visage qui gardent souvent une dureté ligneuse, l'expression fixe de la culpabilité et du désespoir. Cette raideur est difficile

1. Séglas et Chaslin. *La Catatonie, Archives neurologie,* 1888.

à vaincre, elle reparaît d'ailleurs bientôt et le malade réagit douloureusement contre ces manœuvres. »

Il nous dépeint ensuite une démence primitive aiguë avec stupeur, se compliquant de troubles vaso-moteurs et musculaires. « Assez souvent, on remarque des troubles de l'innervation musculaire ; la fente palpébrale paraît plus grande d'un côté que de l'autre ; une moitié du visage est plus contractée, une moitié du corps plus rigide que l'autre ; ces phénomènes varient pendant la marche de l'affection ; ils disparaissent et peuvent se reproduire encore ; on voit alterner la flaccidité et la rigidité musculaire (1). »

Dans le délire systématisé avec status attonicus ou catatonie, expression qu'il emprunte à Kahlbaum, tout en faisant remarquer que sa description des types cliniques diffère en certains points de celle de cet auteur, il insiste sur l'évolution de la rigidité musculaire qui tantôt relève de la contracture et tantôt de la catalepsie, et fait à ce sujet les remarques suivantes : « Il est intéressant de signaler ce fait que certains vestiges de la rigidité musculaire peuvent se reproduire pendant la convalescence, par exemple la flexion d'un doigt, qui n'empêche pas la main d'avoir recouvré sa dextérité primitive. »

A ces trois modalités cliniques il ajoute le *status attonitus* hystérique qui ne diffère pas du précédent.

---

1. H. Schuele. *Traité clinique des Maladies mentales.* Paris, 1888.

Certains ouvrages récents sont beaucoup moins explicites sur le sujet qui nous occupe. Krafft-Ebing (1) désigne sous le nom de tétanie les phénomènes de contraction musculaire observés dans les psychoses : « Les muscles sont contractés dans une légère flexion qui acquiert une résistance énorme quand on intervient pour les faire ouvrir et pour faire cesser la passivité du malade. »... « Ce phénomène se limite toujours aux fléchisseurs, adducteurs, ou pronateurs, et laisse indemnes les extenseurs. »

Il signale que cette tétanie se rencontre « dans la mélancolie et dans les états d'imbécilité qui en sont la conséquence »... « Souvent il n'y a que les muscles de la figure, et les fléchisseurs de la main et des doigts qui soient atteints. ».

Il ne parle pas des conséquences possibles de ces stéréotypies.

Dans la partie consacrée à la séméiologie des affections mentales du *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet (2), M. Séglas donne sous le nom de tétanisme la description d'un état particulier d'excitabilité réflexe du système musculaire qui se rencontre dans certains cas de stupidité aiguë, et du catatonisme, contraction tonique de certains groupes musculaires provoquant des attitudes fixes, sté-

1. Krafft-Ebing. *Traité clinique de Psychiatrie.* Traduction S. Laurent. Paris, 1897.

2. Gilbert Ballet. *Traité de Pathologie mentale*. Paris, 1903.

réotypées et pouvant durer des mois et des années. Il n'est pas fait allusion dans cette description aux conséquences de ces stéréotypies et à la possibilité de rétraction et d'amyotrophie consécutives.

L'aliéniste allemand Kræpelin, dont les ouvrages font aujourd'hui autorité non seulement dans son propre pays mais aussi en France, reconnaît hautement l'exactitude du tableau clinique dressé par Kahlbaum sous le nom de *catatonie* ou de *folie avec contractions :* toutefois il ajoute que les différentes formes cliniques réunies par cet auteur sous le nom de catatonie ne sont que des périodes successives de l'affection mentale plus compréhensive décrite par lui-même sous le vocable de *démence précoce*.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la conception de cette affection, il faut reconnaître cependant que Kræpelin a pleinement raison quand il rejette l'existence autonome du syndrôme de Kahlbaum, et que les symptômes catatoniques peuvent se rencontrer dans les formes les plus variées ainsi que l'ont bien reconnu, d'ailleurs, la plupart des manigraphes que nous venons de citer. On trouve dans l'une de ses leçons cliniques une allusion formelle à certaines conséquences de la contracture des fléchisseurs des doigts, les escharres de la main, mais il ne parle pas de rétractions fibreuses. Exposant l'observation d'une vieille démente précoce, il s'exprime de la façon suivante : « A table elle mettait son nez dans son assiette et portait sa cuiller à sa bouche d'un mouvement lent et régulier ; elle se retirait dès qu'on entrait

dans sa chambre ; elle gardait les doigts serrés les uns contre les autres au point d'avoir des escharres (1). »

C'est seulement en 1904, dans une communication faite au congrès de Pau, que mon père, A. Cullerre (2), appela l'attention sur les conséquences possibles de la contracture chez certains aliénés.

« Dans les psychoses à base de stupeur et de confusion mentale, expose-t-il au début de son mémoire on observe couramment des phénomènes musculaires spasmodiques, raideurs, contractures, attitudes stéréotypées, qui peuvent durer des semaines, des mois, voire même des années, et entraîner dans les muscles intéressés des troubles trophiques plus ou moins graves qui, à ma connaissance, n'ont pas encore été signalés. Dans les cas de stupeur catatonique, les muscles intéressés sont à peu près exclusivement ceux des membres supérieurs, les plus intellectuels, les plus appelés à traduire la profonde perturbation des régions corticales dévolues à l'exercice de la volonté et de l'intelligence. Dans les cas de démence avec attitudes stéréotypées d'autres mus-

---

1. Kræpelin. Introduction à *La Psychiatrie clinique*. Paris, 1907.

2. Krafftt-Ebing. *Traité clinique de Psychiatrie*. Traduction. S. Laurent. Paris, 1897.

3. A. Cullere. *Des Rétractions musculaires et de l'Amyotrophie consécutives aux Attitudes stéréotypées dans les psychoses*. Comptes rendus du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Pau, 1905.

cles peuvent être atteints. Le plus souvent ces contractures disparaissent d'elles-mêmes en même temps que l'état mental se modifie. Dans quelques cas elles se reproduisent à plusieurs reprises, soulignant un retour agressif de la stupeur et de la confusion des idées. Enfin, dans un petit nombre de cas, ces contractures deviennent définitives, et finissent par entraîner des modifications définitives et incurables. »

Ce mémoire repose sur quatre observations cliniques où l'on voit des contractures catatoniques et des attitudes stéréotypées entraîner à la longue de l'amyotrophie des avant-bras et des rétractions tendineuses définitives.

Depuis 1904, trois années se sont écoulées, pendant lesquelles nous avons pu observer deux des sujets de ces observations encore en traitement et suivre l'évolution des phénomènes dystrophiques qu'ils présentaient à cette époque. Entre temps, nous avons pu recueillir à l'asile de la Roche-sur-Yon de nouveaux faits du même genre ; enfin, l'aimable obligeance de MM. les docteurs Anglade, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, Hamel, directeur médecin de l'asile de Saint-Yon, Biaute, médecin en chef du quartier d'aliénés à l'hospice Saint-Jacques de Nantes, en a mis quelques autres à notre disposition. Ce sont tous ces faits réunis qui servent de base à la présente étude clinique.

## CHAPITRE II

### Exposé clinique

Le professeur Joffroy a fait ressortir les liens étroits et harmoniques qui unissent entre elles les diverses fonctions du cerveau, fonctions psychiques, fonctions motrices, fonctions sensitives et trophiques, au point, en quelque sorte, d'en faire une seule fonction d'ensemble, une et indivisible (1). Dans le domaine de la psychiâtrie plus que dans tout autre peut-être, ce principe se trouve étroitement vérifié. Alors que dans les formes expansives, la fonction motrice s'exagère jusqu'aux manifestations mimiques les plus désordonnées et les plus violentes, nous voyons cette même fonction, dans les formes dépressives se restreindre de plus en plus, depuis la simple répugnance du mélancolique aux mouvements indispensable à la vie de relation, jusqu'à l'immobilité indiffé-

1. Prof. A. Joffroy. « Les myopsychies ». *Rev. neurologique*, 1902.

rente du cataleptique et à l'attitude pétrifiée du catatonique.

La fonction trophique suit pas à pas ces modification extrêmes de la fonction motrice : chez certains circulaires, la période maniaque s'accompagne d'une exagération des échanges nutritifs, déterminant une augmentation de poids du corps ; dans la période dépressive la nutrition s'alanguit, les échanges s'arrêtent et la misère physiologique s'installerait en maîtresse si le rythme qui régit ces sortes de psychoses n'intervenait de nouveau pour rétablir la balance. Mais c'est dans les nombreuses psychoses dont le polymorphisme symptomatique aboutit au bout d'un certain temps à un affaiblissement tantôt relatif, tantôt radical et profond des fonctions psychiques et où les phases d'excitation et de dépression se succèdent de la façon la plus irrégulière, que l'on trouve les perturbations les plus accentuées des fonctions sensitives, motrices et trophiques. A l'hébétude mentale, habituelle dans ces sortes de psychoses correspondent un émoussement plus ou moins marqué de la sensibilité, des troubles vaso-moteurs, des troubles sécrétoires, et surtout des troubles moteurs extrêmement variés.

Ces phénomènes musculaires qui invariablement accompagnent un état de stupeur psychique, d'inhibition des fonctions de la corticalité, qu'elle soit complète ou qu'elle laisse subsister des hallucinations, du délire, de l'angoisse comme dans une sorte de rêve prolongé, se ramènent tous à l'immobilité

tantôt pure et simple, tantôt compliquée de flexibilité cataleptoïde ou de raideur spasmodique. Les malades plongés dans la stupeur se figent dans une attitude invariable dont ils refusent le plus souvent avec énergie de sortir. C'est alors que l'on voit parfois se produire ces contractions, ces rétractions tendineuses et cette atrophie musculaire signalés par le Dr A. Cullerre dans sa communication au congrès de Pau.

Bien que ces faits curieux soient assez rares(peut-être sont-ils moins rares qu'il ne paraît, car l'attention des cliniciens ne semble pas s'être arrêtée le moins du monde sur ce point) nous avons pu réunir, y compris les quatre contenues dans le travail déjà cité, onze observations que nous nous proposons de présenter en détail en les faisant suivre des quelques considérations cliniques qu'elles nous paraissent comporter.

Pour faciliter notre exposition, nous diviserons ces observations en quatre groupes ne différant entre eux, d'ailleurs, par aucune particularité bien essentielle.

### 1° Rétractions fibro-tendineuses précoces

Dans trois cas nous avons constaté le développement précoce de la rigidité spasmodique des muscles suivie de rétractions tendineuses indélébiles.

## OBSERVATION I

(Obs. II du mémoire de A. Cullerre.)

Folie de la lactation. Dépression mélancolique, suivie d'une crise maniaque violente. Puis, stupeur confusionnelle, phénomènes cataleptoïdes, sialorrhée, gâtisme, contractures des membres supérieurs et particulièrement des fléchisseurs de la main, et suivies de rétraction fibreuse à droite. Amélioration mentale, puis rechute ; démence. La rétraction s'est limitée aux deux derniers doigts de la main droite.

V..., femme G..., vingt-huit ans. Mariée depuis quatre ans. Elle a un enfant de trois ans qu'elle a nourri dix-huit mois et aussitôt après un second qu'elle allaitait depuis trois mois quand peu à peu ses seins se sont taris et son intelligence a commencé à se troubler. Après une période de dépression hypocondriaque de trois mois, éclate une violente agitation maniaque qui nécessite son admission à l'asile le 13 février 1889. A cette période d'agitation succéda, au bout de six semaines un état de stupeur subaiguë avec confusion mentale profonde, tendances cataleptoïdes, sialorrhée, rigidités musculaires des membres supérieurs. Lorsqu'on fait mouvoir ces membres, on éprouve une résistance marquée et ils conservent l'attitude qu'on leur donne ; les fléchisseurs de l'avant-bras droit et de la main sont le siège d'une contracture particulièrement intense : le médius, l'annulaire et l'auriculaire fortement fléchis dans le creux de la main, y ont déterminé des excoriations nettement marquées. L'activité mentale est très restreinte, il y a du gâtisme.

Retirée par sa famille dans un état d'amélioration assez marqué en juillet. Elle a néanmoins conservé une contracture

des trois derniers doigts de la main droite. Elle est ramenée en novembre, en proie à un violent délire avec hallucinations, idées puériles de persécution et tentative d'incendie. L'intelligence est nettement affaiblie, la mémoire paresseuse, les réponses lentes et embarrassées, l'attitude débraillée. On examine la main et on constate que la contracture dont elle était le siège a en partie disparu Cependant les deux derniers doigts conservent un certain degré de flexion et ne peuvent être complètement étendus, en raison sans doute d'une rétraction musculaire qui paraît définitive.

La malade raconte que sa main s'est subitement ouverte il y a un mois pendant qu'elle lavait la vaisselle ; l'hystérie ne paraît cependant pas être en cause car, à part une légère hypoalgésie généralisée et explicable par l'obtusion mentale, on ne trouve aucun stigmate de cette affection. Il n'y a notamment ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie.

La malade est tombée peu à peu dans la démence agitée avec gâtisme.

En janvier 1890, on constate chez elle un nouveau trouble moteur de forme spasmodique : tout à coup une contraction brusque et latérale des muscles du cou amène la face dans la direction de l'une ou de l'autre épaule, puis la tête reprend sa position normale.

Au mois d'octobre, le tic a disparu, la dépression a fait de nouveau place à l'agitation avec logorrhée incoercible. Finalement la malade succombe dans l'épuisement le plus profond à une crise de délire aigu le 22 février 1891.

A l'évolution accélérée de cette psychose de la lactation répond une difformité devenue rapidement

irrémédiable. Après six semaines d'agitation maniaque s'installe le syndrome catatonique avec ses troubles secrétoires, ses phénomènes musculaires, d'abord cataleptiformes, puis à forme de contracture avec spasme des muscles de l'avant-bras droit et de la main. Le spasme est si intense que la paume de la main en est excoriée.

Dans une période de rémission, la contracture cesse brusquement, à la façon d'une contracture hystérique bien que la malade ne présente aucun des stigmates de cette névrose ; mais des modifications se sont produites dans les muscles contracturés ; des rétractions tendineuses se sont formées, elles sont définitives, car la malade ne pourra plus désormais étendre les deux derniers doigts de la main droite.

Il est intéressant de noter que la lésion ne s'est développée que d'un côté et que le membre supérieur gauche est demeuré intact.

Enfin, la vulnérabilité du système musculaire, chez cette malade, est encore corroborée par cette sorte de spasme choréiforme qu'elle a manifesté pendant plus de neuf mois dans les muscles du cou et qui, sans cause apparente, disparut comme il était venu.

## OBSERVATION II (Personnelle)

Débilité mentale. — Mélancolie simple suivie de stupeur. — Rétractions tendineuses de la main droite. — Guérison du trouble mental

D... Louis, trente-quatre ans, cultivateur, célibataire, admis le 19 août 1903 à l'asile de La Roche-sur-Yon.

Malade depuis quatre mois environ. Il est tombé dans la tristesse, a commencé à avoir des craintes, celle, en particulier d'être renvoyé par son patron ; puis des idées de suicide, l'idée de se noyer, de s'empoisonner, et enfin un véritable délire panophobique : les gendarmes vont venir pour l'emmener en prison ; cris, mouvements de fuite, insomnie totale, agitation.

C'est la première fois qu'il présente des troubles mentaux ; c'est un débile au physique et au moral ; il aime assez à boire quand il en trouve l'occasion. Il n'a pas fait de maladies graves, à part deux fluxions de poitrine avant l'âge de vingt ans. Il est fils unique, son père est mort phtisique au milieu d'accidents délirants. Sa mère est normale, mais le père de cette dernière est mort en enfance à soixante treize ans.

A son entrée, D..., présente le syndrome mélancolique, idées d'indignité, de culpabilité, crises anxieuses violentes ; il veut qu'on le guillotine. Refus d'aliments. Bientôt il tombe dans une stupeur profonde avec mutisme et immobilité absolue.

En avril 1904, il y a une légère amélioration, il commence à s'occuper de ce qui l'entoure, à répondre aux questions qu'on lui pose. En l'examinant, on constate certains phénomènes du côté de la main droite. Les trois derniers doigts sont immobilisés dans une demi-flexion par suite de la rétraction des tendons fléchisseurs. Les premières phalanges sont fléchies sur

le métacarpe, les deuxièmes sur les premières, les troisièmes seules sont libres ; toute extension de ces trois doigts est impossible. Il n'y a pas d'atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras. Interrogé sur cette infirmité, le malade répond qu'elle s'est installée depuis sa maladie, qu'auparavant elle n'existait pas.

La rétraction a diminué dans la suite, sans disparaître complètement, et il put aller au travail des champs. Après plusieurs mois, cette légère infirmité ne le gênait en rien pour le maniement des outils (pioche, pelle, brouette etc.).

C'est un débile mental et un dégénéré physique bien caractérisé. Sa taille est de 1 m. 57 et son envergure de 1 m. 645 (plus grande que la taille). Il est porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite. Les organes génitaux, quoique bien conformés, sont de petite dimension. Le corps est semé de nombreux nœvi, surtout sur la région postérieure ; ils sont de la grosseur d'un grain de mil jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes. On peut en compter jusqu'à quarante. La tête est globuleuse, petite avec légère asymétrie faciale. Les oreilles sont à lobule sessile, celle de gauche portant au niveau du lobule, rudimentaire, une encoche profonde qui le divise en deux parties. Pas d'anomalie de l'iris. Genu valgum. Pieds plats, scoliose.

Après plusieurs mois d'une amélioration continue, le malade, sur sa demande, a été remis en liberté le 28 février 1905.

Chez ce malade, nous avons affaire à une stupeur mélancolique pure et simple, sans phénomènes catatoniques, affection mentale bénigne et dont la guérison s'est maintenue, puisque le malade, depuis

trois ans, n'a pas été réintégré. Il ne s'agit pas de ce qu'on appelle démence précoce, mais de folie des dégénérés. Et pourtant, la période de stupeur, par l'immobilité qu'elle a entraînée, a provoqué dans les fléchisseurs de l'avant-bras droit des troubles trophiques dont la conséquence est une légère rétraction tendineuse définitive.

## OBSERVATION III (personnelle)

Dépression mélancolique de forme anxieuse suivie de stupeur. Rétractions tendineuses de la main droite. — Retour de la mélancolie anxieuse suivie de stupeur avec phénomènes catatoniques. Rétractions tendineuses de la main gauche.

G... Maria-Elise, femme B..., trente-deux ans, cultivatrice, entrée le 12 novembre 1904, sortie à titre d'essai le 12 juillet 1905.

Père mort à trente ans, de fièvre typhoïde, mère, cinquante ans, bien portante ; aïeul maternel aliéné, s'est noyé volontairement ; une cousine éloignée aliénée. Quatre sœurs mariées avec enfants très bien portants.

Mariée à vingt ans, elle a eu sept enfants qui sont vivants, sans accidents sauf une fausse couche de trois mois et demi entre le troisième et le quatrième. Elle n'en a nourri aucun. Elle n'a jamais fait de maladie grave ; les règles, habituellement régulières, ont depuis quelque temps cessé de l'être et sont devenues douloureuses.

Au mois de mars 1904, elle a commencé à changer, à se plaindre de rêves pénibles et terrifiants, à devenir triste, puis

excitée, avec des alternatives des deux états, puis du délire : « Elle va mourir, fait ses adieux à tous, demande pardon, etc. ». La crise s'apaise au bout d'un mois. Après une quinzaine, elle recommence à délirer, s'imagine que son mari et ses voisins ont de l'animosité contre elle, on lui cache quelque chose, elle est anxieuse, il va arriver des malheurs, et elle manifeste des idées de suicide par submersion. Nouvelle accalmie, puis nouvelle rechute ; garde le lit, refuse les aliments, négativisme complet, ne veut pas se lever, changer de linge, stupeur complète.

Vers le mois d'août on remarque que sa main droite ne peut plus s'ouvrir complètement. Le médecin ordonne des frictions médicamenteuses, du massage, une gymnastique spéciale, le tout sans résultat.

Vers octobre, nouvelle période d'excitation, elle veut se lever, veut sortir, manifeste des inquiétudes, émet des idées mélancoliques de persécution.

Elle entre le 12 novembre. Elle est alors dans la stupeur, avec mutisme, immobilité complète, ne répondant que de rares monosyllabes ; sialorrhée ; la salive s'accumule mécaniquement dans la bouche qu'elle distend jusqu'à ce que le trop plein s'écoule en bavant au coin des lèvres. Elle ne se rappelle rien, pas même son âge, paraît désorientée. De temps en temps, elle s'excite un peu, parle de la sainte Vierge, qu'elle dit avoir vue vêtue d'une longue robe bleue, un rameau dans la main. Les fonctions physiologiques ne sont pas altérées, parfois elle urine au lit. L'état général est mauvais : elle est amaigrie, les téguments sont pâles et anémiés. Il n'y a pas de raideurs cataleptiformes générales, mais la main droite est dans un état de de demi-flexion invincible : les phalanges fléchies sur les métacarpiens et les phalangines sur les phalanges. On peut étendre

à peu près complètement les phalangettes, mais les phalangines restent à demi fléchies, les tendons rétractés, surtout aux trois derniers doigts. Il y a des troubles vaso-moteurs ; bien que cachée dans le lit, chaude et moite, la main est bleue et un peu gonflée.

12 janvier. — En examinant attentivement la main gauche qui est aussi un peu bleuâtre, on constate que les trois derniers doigts sont le siège d'une rétraction commençante. On ne peut les étendre entièrement comme à l'état normal. Malgré l'état de stupeur, la sensibilité est conservée et la malade retire ses mains quand on la pique.

22 février. — L'état mental s'améliore : elle a parlé, répond aux questions qu'on lui pose, demande à travailler, dit que ses doigts, bien que fléchis, ne la gêneront pas. Depuis le mois de janvier, les deux derniers doigts de la main droite ont vu leur contracture augmenter encore ; ils sont dans une demi-flexion complète, on constate même des épaississements et des nodosités sous la peau de la région palmaire. La main gauche, au contraire, s'ouvre mieux. Sous l'influence d'injections de cacodylate de soude, l'état général s'est notablement amélioré.

5 mars. — La malade a ses règles, et retombe dans la stupeur précédente avec sialorrhée.

12 juillet. — Après quelques alternatives de stupeur, le mieux a reparu, et elle s'occupe un peu, mais sans initiative. Elle parle peu, est d'humeur instable, tantôt crises de pleurs, tantôt rires sans motif. La contracture de la main droite s'est améliorée et il ne subsiste plus qu'une demi-flexion irréductible des deux derniers doigts droits.

Retirée à titre d'essai par sa famille, elle n'a pas été réintégrée.

Voilà une femme dont l'affection mentale paraît avoir été occasionnée par l'épuisement consécutif à des couches répétées. Elle a fait huit grossesses en moins de onze ans, dont sept enfants à terme, et vivants. C'est une prédisposée. Après une période mélancolique de quelques semaines survient une phase stuporeuse et aussitôt le médecin qui la soigne constate la contracture des fléchisseurs de la main droite contre laquelle il s'efforce en vain de lutter. La stupeur est entrecoupée de crises d'excitation ; des troubles secrétoires surviennent (sialorrhée), puis des troubles vaso-moteurs (œdème et cyanose des mains). Pendant ce temps, la contracture persiste à droite et commence à s'installer à gauche. Enfin l'état mental s'améliore un peu, assez pour motiver un retour dans sa famille : la contracture a disparu à gauche sans laisser de résidu, c'est la dernière venue ; elle a disparu à droite également, mais en laissant une légère rétraction fibro-tendineuse aux deux derniers doigts de la main, rétraction qui paraît devoir être définitive.

Notons, au point de vue du diagnostic, l'intégrité de la sensibilité qui écarte toute idée d'hystérie. Les contractures hystériques, en effet, d'après les auteurs classiques, sont toujours superposées à l'anesthésie des parties atteintes.

Au point de vue psychiâtrique, il semble bien que l'évolution naturelle du mal penche vers une démence progressive. Nous devons observer toutefois qu'il ne semble s'agir que d'une démence rapide et non de la véritable démence précoce décrite par Kræpelin.

### 2° Rétractions tardives

Dans deux observations, nous avons constaté l'apparition des phénomènes de contracture à une période avancée de la maladie mentale, plusieurs années après son explosion.

OBSERVATION IV (communiquée par M. le Dr Anglade).

Phase aiguë de forme mélancolique suivie de stupeur prolongée ; phase d'excitation maniaque avec attitude et gestes stéréotypés. Affaiblissement général, gâtisme, sialorrhée, démence, négativisme. Rétraction progressive des doigts de la main gauche avec atrophie des fléchisseurs et des interosseux.

B... Marguerite, trente-huit ans, marchande ambulante, est admise à l'asile de Château-Picon le 3 février 1899.

Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Certificat de quinzaine : « Atteinte de lypémanie, est dans un état de demi-stupeur, s'occupe passivement, silencieuse, fait des réponses lentes et tardives ; n'a pas la notion du temps « ne peut penser ».

Son état ne donne lieu à aucune remarque particulière pendant plusieurs années.

26 novembre 1903. — Chantonne à voix basse des mots incompréhensibles ; mouvements automatiques de la main droite prédominant au niveau du pouce. Mange bien.

Plus tard, on constate encore les faits suivants : « Parle

constamment et remue sans cesse les doigts de la main droite. Règles constatées le 26 janvier 1905. »

13 février 1905. — Fatiguée, amaigrie. L'auscultation est difficile, la malade chantonne constamment. En avant à gauche on croit entendre quelques craquements ; en arrière submatité de tout le poumon gauche avec prédominance au sommet; râles sous-crépitants dans la moitié supérieure de ce même poumon. A droite les signes sont moins accusés.

26 avril 1905. — Mauvais état général ; elle passe dans un quartier d'affaiblis.

21 mars 1906. — Le matin à 7 heures, la malade fait son lit et tombe subitement dans le dortoir. Dans sa chute elle se fait au front une plaie de plusieurs centimètres qui guérit sans complication.

2 juillet 1906. — Etat physiqne toujours précaire. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

24 juin 1907. — S'alimente, ne répond pas, marmotte des mots incompréhensibles. Hypersécrétion salivaire ; gâte intercurremment ; garde le lit.

30 septembre 1907. — Sialorrhée continuelle, tout à fait gâteuse, ne prête aucune attention aux paroles qu'on prononce autour d'elle, se lève et se promène quand on veut la tenir au lit, et, si on veut la tenir levée avec les autres malades, elle monte aussitôt se coucher.

5 novembre 1907. — Même attitude, mêmes mouvements automatiques associés de la main droite et de la tête.

« Depuis quatre ans que j'observe cette malade (Dr Anglade) j'ai assisté à la rétraction progressive des doigts de la main gauche.

Cette rétraction a abouti à l'immobilisation complète du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire, en flexion avec extension des phalangettes. L'index et le pouce conservent des mouvements très limités. D'ailleurs le malade a perdu l'habitude de se servir de la main gauche. L'atrophie musculaire est très prononcée au niveau des intérosseux et des muscles

dessin nous a été communiqué par M. le Dr Anlade, nous le prions d'agréer nos remerciements s plus sincères.

de l'avant-bras. »

Voilà une malade, qui, bien qu'en état de stupeur dès le début de sa maladie, qui a tous les caractères de la démence progressive, ne semble cependant n'avoir fait de la contracture des fléchisseurs de la

main gauche qu'au bout de plusieurs années. Les phénomènes catatoniques semblent d'ailleurs n'avoir que faiblement existé ; on signale de la sialorrhée, du négativisme mais pas de raideur musculaire.

A noter l'unilatéralité des phénomènes alors que la main droite restée libre est le siège de stéréotypies bizarres ainsi que les muscles qui font mouvoir la tête.

Les parties contracturées sont atteintes d'une amyotrophie qui ressort très nettement sur la figure.

### OBSERVATION V (personnelle)

Manie aiguë suivie de démence rapide. Persistance indéfinie de l'excitation maniaque sous forme d'accès séparés par des périodes de calme indifférent. Au bout de dix ans, stupidité cataleptiforme avec contractures suivies de rétraction des fléchisseurs de la main gauche.

(Mon père a retrouvé dans ses notes l'observation suivante qui n'a pas pris place dans sa communication au congrès de 1905.)

L... Zoé, vingt ans, est admise à l'asile d'Auxerre le 16 juillet 1870. Elle est atteinte de manie depuis environ huit mois à la suite d'un mariage manqué. Aucun renseignement sur ses antécédents personnels ou de famille.

Excitation, incohérence, parle avec volubilité, toujours en mouvement ; gestes désordonnés, rires convulsifs, bizarrerie, extravagances.

Chez elle, elle était très dangereuse, brisait tout dans le jardin, détruisait tout ce qui lui tombait sous la main, vaisselle, vitres, etc., et frappait impulsivement avec le premier objet venu.

Ces accès sont intermittents, séparés par des périodes de calme.

Août 1873. — La malade, en complète démence présente toujours des alternatives d'agitation impulsive et de calme indifférent. Santé physique faible, anémie. Parfois stupeur.

Octobre 1873. — Même situation, souvent agressive et dangereuse, ses actes ont le caractère impulsif. Incohérence complète.

Mai 1874. — Mêmes alternatives ; a failli assommer une autre malade du service à coups de sabot.

25 mai. — Le frère de cette malade, âgé de vingt et un ans est admis à l'asile en proie à un violent accès maniaque consécutif aux émotions du conseil de revision.

1875. — Jusqu'à la fin de cette année on n'a à signaler que les mêmes alternatives de calme, et d'agitation ou de stupidité. Mais à partir de ce moment, la stupeur devient définitive ; la malade devient gâteuse et reste accroupie dans un coin la tête entre les genoux.

Octobre 1876. — On s'aperçoit que les doigts de la main gauche sont contracturés dans le creux de la face palmaire et qu'il est impossible de les étendre. La malade se plaint vivement à chaque tentative qu'on fait dans ce but.

Février 1878. — Même état de contracture des fléchisseurs de la main gauche. De temps en temps, la stupeur est entrecoupée de crises d'agitation violente et agressive.

Pour cause de changement de service, l'observation s'arrête là. Quant au frère de la malade, après trois ans de séjour à l'asile pendant lesquels l'état d'agitation maniaque entrecoupé de périodes de stupeur et de périodes de calme avec lucidité relative a persisté, il a été retiré par sa famille dans un état

d'amélioration survenu à la suite d'intervalles de plus en plus longs de calme et de lucidité.

Ce n'est qu'au bout de six ans que l'on constate chez cette femme, atteinte de démence à la fois précoce et familiale, la contracture des fléchisseurs de la main gauche. La lésion ne siège encore ici que d'un côté ; elle paraît avoir été définitive puisqu'on constatait son existence sans modification deux ans après le début de la contracture.

### 3° Rétractions consécutives a des attitudes stéréotypées

Alors que dans les observations précédentes, les lésions fibreuses et musculaires qui ont été observées ont été la conséquence de cette immobilité qui n'est autre chose que l'attitude de flexion générale que l'on remarque communément chez les stupides, nous allons voir les mêmes lésions succéder à des attitudes forcées plus ou moins singulières relevant de la stéréotypie dite akinétique des déments précoces.

### OBSERVATION VI

(Obs. I du mémoire de A. Cullerre.)

Dépression mélancolique et suivie d'une violente explosion maniaque, puis confusion mentale, stupidité, phénomènes cataleptiformes, troubles vasomoteurs, contractures spasmodipues des membres supérieurs et rétractions tendineuses, chronicité.

Il s'agit d'une jeune femme admise à l'asile d'Auxerre en 1874 âgée de trente-et-un ans, sans antécédents héréditaires

signalés, déséquilibrée et bizarre depuis neuf ans, à la suite de la mort violente de sa petite fille, noyée sous ses yeux, qui fut prise sans cause connue de stupeur mélancolique avec délire hypocondriaque. A cette phase de dépression succéda une période d'agitation violente avec délire confus, accidents cataleptiformes, troubles vaso-moteurs et circulatoires, stupidité, crises subites de fureur avec impulsions d'une violence inouïe et extrêmement dangereuses qui nécessitèrent l'application fréquente de la camisole selon les habitudes alors en usage et autorisées par le chef de service dont j'étais le subordonné. La malade en prit une attitude stéréotypée qu'elle conservait même dans les périodes où on lui laissait la liberté de ses bras. Il en résulta une rigidité continue des membres supérieurs amaigris en totalité, les bras étant collés au corps, les avant-bras fléchis à angle droit, les doigts dans une demi-flexion habituelle.

Peu à peu la contracture devint permanente et, deux ans après l'internement, l'infirmité semblait constituée. Ayant quitté l'établissement, j'ai perdu cette malade de vue.

Il est évident que, chez cette malade, l'attitude stéréotypée des membres supérieurs a été suggérée, créée en quelque sorte par l'usage abusif de la contrainte mécanique. Il en est résulté, non seulement des contractures étendues aux bras, aux avant-bras, et aux mains, mais encore de l'atrophie diffuse des muscles fléchisseurs des divers segments de membre. Sous l'immobilité imposée, il est probable que les seuls fléchisseurs des doigts eussent été frappés.

## OBSERVATION VII

(obs. IV, complétée, du mémoire de A. Cullerre.)

Psychose de la puberté ; confusion mentale, alternatives d'excitation et de stupeur anxieuse ; rémittences, puis amélioration persistante. Rechute avec stupidité, gâtisme, phénomènes catatoniques, attitudes stéréotypées et contractures musculaires multiples ; atrophie des muscles du bras gauche et rétraction des tendons de la main du même côté.

F..., dix-sept ans, religieux novice, est admis le 25 mars 1896. La mère a eu, il y a quelques années « des accès de folie », et un oncle maternel est mort aliéné. C'est un garçon de taille moyenne, régulièrement conformé, sans stigmates de dégénérescence.

Depuis un mois environ, on constatait chez lui des bizarreries, de la tristesse, une attitude pensive et inquiète, une certaine tendance à refuser la nourriture et des crises panophobiques avec mouvements de fuite. Sa famille attribue cet état à la fatigue cérébrale occasionnée par ses études. A l'entrée, on constate un état de mélancolie avec confusion mentale, illusions, craintes vagues. Tantôt il demeure plongé dans une hébétude profonde, tantôt il a des crises d'agitation pendant lesquelles il se croit environné de gens mal intentionnés qui veulent lui faire expier ses fautes ou lui ôter la vie.

Quinze jours après, on constate l'état suivant : « Dépression mélancolique avec délire religieux, anxiété, aboulie, impulsion à fuir, confusion générale des idées. »

Les mois suivants, on constate successivement des alternatives d'excitation incoercible et de demi-stupeur, de l'anxiété,

des obsessions, des impulsions violentes, du mutisme, de l'obtusion.

En décembre, c'est-à-dire huit mois après le début de la maladie, il y a une certaine amélioration. Le malade, encore un peu obtus, va au travail.

L'année 1897 se passe en alternatives de calme avec lucidité relatives, et crises d'agitation avec retour de la confusion et de l'hébétude et agitation nocturne.

En 1898, le calme s'accentue, le malade travaille mais l'intelligence paraît affaiblie ; il écrit souvent des lettres diffuses, solennelles, prétentieuses, composées de réminiscences religieuses et scolaires, sortes de devoirs de style avec des expressions bizarres et d'une incohérence partielle. L'amélioration s'étant accentuée, il est retiré le 14 octobre.

Il est ramené au bout de cinq mois, le 13 mars 1899, dans l'état suivant : « De nouveau atteint de confusion mentale avec stupeur profonde, immobilité, refus d'aliments, gâtisme. »

Ultérieurement, on relève successivement les symptômes qui suivent : « Dépression avec phénomènes catatoniques ; subagitation chronique avec obsessions et bizarreries ; tentatives répétées de pédérastie passive, allant se coucher dans le lit des autres malades, et les excitant à ce vice ; obsessions, refus partiel d'aliments, gâtisme intercurrent ».

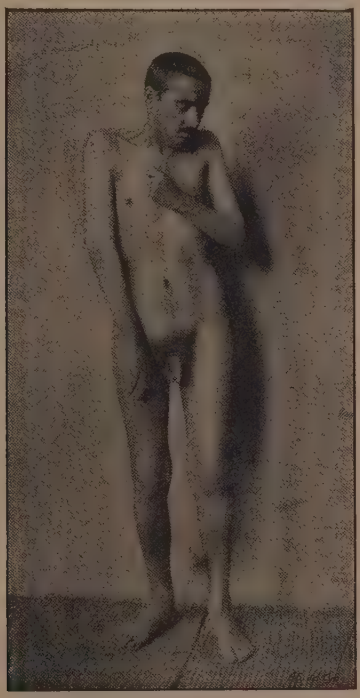
En 1903, la démence paraît totale, le malade demeure dans une immobilité complète avec gâtisme. A partir du mois de juillet de cette même année, on remarque chez lui quelques phénomènes nouveaux : ce sont des attitudes forcées singulières. Pendant plusieurs semaines, il se tient immobile, la tête baissée, le menton appuyé au sternum, le bras gauche collé le long du corps, l'avant-bras à demi fléchi sur la poitrine, la main au niveau de l'aisselle droite. Il y a de la contracture de tous les muscles participant à cette attitude stéréotypée ; la main en forme de griffe, ne peut être complètement étendue, l'avant-bras et le bras ne peuvent être entièrement allongés et les sterno-cléido-mastoïdiens ne se laissent pas entièrement défléchir.

Les mois suivants, on note quelques différences dans l'attitude stéréotypée ; parfois la contracture semble disparaître pour se reproduire à nouveau les jours suivants.

A ces moments, l'hébétude est moins complète et le gâtisme est suspendu. Il n'y a pas de stigmates d'hystérie, et notamment pas d'anesthésie des régions contracturées. On ne constate qu'un peu d'obtusion de la sensibilité généralisée à tout le tégument. Si on cherche à faire expliquer au malade la

raison de cette attitude, on ne peut rien en tirer sinon la répétition d'une phrase également stéréotypée : « Je tâche de me dégourdir. »

Peu à peu, l'attitude est devenue permanente et des troubles trophiques se manifestent dans les parties atteintes. Voici, au 24 mai 1904, l'état mental étant resté le même, quels sont les



résultats d'un examen physique attentif. La tête est inclinée à gauche, l'oreille appuyée sur lépaule. Le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, siège de la contracture, est plus amaigri que celui du côté opposé, sans être rétracté. Tout le côté gauche du corps est dans un état léger de contracture qui détermine

une scoliose à concavité gauche que le malade peut corriger complètement quand il y est sollicité.

Les muscles de l'épaule sont atrophiés du même côté et l'omoplate se détache légèrement de la paroi costale. L'avant-bras ne peut s'étendre complètement sur le bras par suite d'un certain degré de rétraction du tendon du biceps.

Les éminences thénar et hypothénar de la main gauche sont aplaties et atrophiées; les doigts ne peuvent s'allonger complètement, les premières et les deuxièmes phalanges étant maintenues dans une demi-flexion par rétraction des muscles profonds de la main. Au dynamomètre, la main droite donne 18, la gauche 7 seulement. La contractilité faradique des muscles atteints est sensiblement diminuée. La mensuration donne pour les deux membres supérieurs les différences suivantes :

Bras droit, $0^m,25$. Bras gauche, $0^m,24$.

Avant-bras droit, $0^m,23$. Avant-bras gauche, $0^m,22$.

Le réflexe tendineux du poignet est supprimé à gauche, alors qu'il est obtenu facilement à droite. Les réflexes patellaires et crémastériens sont normaux.

Novembre 1907. — Depuis la dernière note, l'état du malade est peu à peu passé de la stupeur active à la démence apathique; il est d'une incohérence totale, indifférent à tout, la plupart du temps immobile dans un coin, dans une attitude invariable, très analogue à celle de la figure. Si on lui parle, il ne répond pas d'abord; il faut lui réitérer la question en élevant la voix, alors il se redresse brusquement, comme s'il sortait d'un rêve et répond par un monosyllabe, le plus souvent dénué de sens.

Il n'y a plus, à proprement parler, de contracture : les deux bras, égaux de grosseur, exécutent librement tous les mouve-

ments, toutefois il reste une lésion résiduelle à la main gauche. On constate la rétraction des tendons des quatre derniers doigts : elle est plus accentuée au médius et à l'annulaire où les phalangines demeurent en flexion sur les phalanges à angle droit. Par un effort de volonté, le malade peut étendre presque entièrement l'index et le petit doigt, tandis que les deux autres doigts demeurent dans la demi-flexion. On ne sent dans le creux de la main ni le long des doigts aucune nodosité, aucune bride ; il ne semble pas que l'aponévrose palmaire soit intéressée ; c'est de la rétraction musculaire pure et simple. Lorsqu'on maintient le poignet en flexion, il est possible d'étendre presque complètement les doigts malades.

A la mensuration, on ne constate plus que un demi-centimètre de différence entre le contour des deux avant-bras. Il y a un peu d'atrophie diffuse des muscles de la main gauche.

Malgré son état de démence, le malade est propre et dans un état de nutrition satisfaisant. Il tient habituellement sa main gauche fermée, les phalanges fléchies sur les métacarpiens, les phalangines fléchies sur les phalanges et les phalangettes en extension forcée. Cet état de flexion stéréotypée a entraîné une certaine irritation des téguments de la face palmaire de la main.

20 février. — Nous revoyons le malade une dernière fois, rien n'est changé dans son état mental, et l'attitude du membre décrit ci-dessus est absolument la même.

Dans le mémoire de A. Cullerre, cette observation était suivie des réflexions suivantes : « Chez ce dément précoce, il s'agit comme on le voit, d'attitudes stéréotypées entraînant à la longue de la rigi-

dité et de la rétraction musculaire avec atrophie. Il n'y a encore aucune lésion définitive et, si l'état mental du malade s'y prête un peu, la guérison pourra être obtenue par un traitement approprié. Mais la période psychopathique actuelle peut durer indéfiniment et il peut se faire qu'à la longue s'établissent des rétractions et des productions fibreuses définitives. »

Ce pronostic s'est en grande partie réalisé ; le malade a conservé son attitude stéréotypée ; à la longue, la contracture a disparu et les lésions ne sont pas améliorées, mais un résidu est resté aux deux derniers doigts de la main gauche, qui sont maintenus par rétraction tendineuse dans une demi-flexion qui paraît définitive.

A noter encore, dans cette observation, l'unilatéralité de la lésion.

### OBSERVATION VIII (personnelle)

Antécédents héréditaires et personnels ; psychose rémittente d'abord de forme maniaque, puis de forme stuporeuse avec phénomènes catatoniniques. Contracture de la main droite avec rétraction tendineuse. Tuberculose pulmonaire. Mort. Autopsie.

C... Julien, Simon, 32 ans, menuisier, est admis à l'asile de la Roche-sur-Yon, d'office, le 18 décembre 1905, venant de la prison où il était détenu pour vagabondage.

Des renseignements de police nous apprennent qu'il a été sequestré une première fois à l'asile de Lesvellec de juillet 1904 à mars 1905.

Trois semaines avant son arrestation en Vendée pour vagabondage, il avait déjà été arrêté à Saint-Jean-de-Luz ; mais le parquet de Bayonne ne crut pas devoir le retenir devant l'attestation du gardien-chef de la prison qui le déclarait « complètement idiot ». Au moment où il fut arrêté en Vendée, et pendant son séjour à la prison, il manifesta des signes évidents d'aliénation : violence, vociférations incohérentes, actes désordonnés ; il ne veut pas se plier à la règle, passe les nuits debout sur son lit, jette ses aliments, se met à cheval sur le poèle au risque de se brûler, parle constamment seul et sans suite.

A l'examen direct, C... est un homme petit, chétif, mais sans infirmités. Les organes génitaux sont normaux ; la face présente une asymétrie considérable ; les yeux ne sont pas sur le même plan, il existe un léger strabisme convergent. Il ne répond que d'une façon capricieuse, en noyant ses réponses dans un flot d'expressions décousues et parfois incohérentes. Il nous apprend, toutefois, que sa mère étant en couches, il y a une vingtaine d'années, vit son lait se supprimer à la suite d'une grande émotion, et qu'elle tomba dans un état de folie qui nécessita son admission à l'asile de Bégard, où elle mourut dix-huit mois après.

En ce qui le concerne, il dit avoir toujours été d'un tempérament très nerveux ; que dans son enfance, il avait des peurs maladives à ce point qu'il ne pouvait sortir sans tenir la main de son père. Dès son entrée au régiment, il a été pris d'accidents nerveux graves qui le firent réformer au bout de quelques mois.

Il paraît avoir travaillé de-ci, de-là, de son métier de menuisier, jusqu'à il y a environ deux ans ; à ce moment il eut de

grosses contrariétés d'intérêt qui l'affectèrent vivement. A partir de cette époque, il est devenu ombrageux, irritable, buveur à l'occasion, instable, dyspeptique et souffrant d'une constipation habituelle.

20 décembre. — Excitation maniaque assez vive : « Depuis deux ans, dit-il, on me fait languir et voyager de droite et de gauche, c'est injuste, comment se fait-il qu'on m'arrête à quinze jours de distance ? Il n'y a pas de loi qui permette de punir deux fois une personne dans le même mois. Il faut donc toujours être entre les mains des gendarmes ? Il n'y a pas de créature à résister à des choses pareilles ; qu'on me tue tout de suite, qu'on me coupe le cou ! »

Janvier 1906. — Persistance de l'état maniaque, incohérence et désordre des actes.

Mars. — Légère rémission ; calme, travaille à l'atelier des menuisiers, n'est plus incohérent. Evadé le 28 mars 1906, il est arrêté quelques semaines plus tard dans un bourg de la Loire-Inférieure et bientôt dirigé sur le quartier d'aliénés de l'bospice Saint-Jacques à Nantes. Grâce à l'obligeance du Dr Biaute, médecin en chef du service, à qui nous adressons nos sincères remerciements, nous avons pu continuer l'observation du malade.

Admis à Saint-Jacques le 7 mars 1906.

*Certificat de vingt-quatre heures* (Dr Biaute). — Manie avec manifestions se présentant probablement sous des aspects différents. En ce moment, le malade pousse constamment des cris, fait des gestes désordonnés, ne répond rien aux questions qui lui sont adressées.

*Certificat de quinzaine* (Dr Biaute). — Même état ; on ne

peut l'habiller pour le sortir de la section et aller se faire examiner.

30 janvier 1907. — Même état d'incorrection générale et de trouble mental. Le malade tombe peu à peu dans la stupeur.

*Examen personnel* le 9 juillet 1907, — Malade très amaigri, se tient dans un coin de la cour, penché sur lui-même, regardant le sol, marmottant quelques paroles inintelligibles. Le membre supérieur droit est tenu le long du corps, en pronation forcée ; dans l'intérieur du pantalon la main contracturée en griffe retient celui-ci. Cette attitude dure depuis plusieurs mois : poignet en demi-flexion, doigts en flexion complète pour adduction forcée. Nous essayons d'ouvrir les doigts On éprouve alors une résistance analogue à celle offerte par la main des vieux hémiplégiques ; spontanément le malade peut ouvrir la main jusqu'à ce que la phalange soit à angle droit sur le métacarpien correspondant. Toute déflexion au delà de ce point est impossible, et l'effort fait pour l'obtenir fait souffrir le patient. Lorsqu'on lâche la main, le malade, bien que nu, la replace dans sa position première, l'articulation de la phalange avec la phalangine étant appuyée sur le pubis. Il conserve cette attitude même au lit.

Sensibilité diminuée de partout, mais l'état de stupeur du malade ne permet pas de l'explorer avec fruit.

Réflexes abolis au bras droit ; normaux sur les autres parties du corps.

*Force musculaire.* — L'examen dynamométrique est refusé.

*Atrophie.* — L'avant-bras droit, à quatre travers de doigt du pli du coude ne mesure que 0 m. 20, l'avant-bras gauche mesurant 0 m. 205 de circonférence. Rien au membre inférieur.

A l'auscultation, on constate la présence de tuberculose très

avancée, avec cavernes, et signes d'épaississement de la plèvre gauche.

Diarrhée profuse, gâtisme absolu.

Il succombe le 16 juillet 1907.

*Autopsie.* — *Thorax.* — Poumon gauche adhérent sur toute son étendue, friable et ramolli dans toute sa moitié supérieure, plusieurs cavernes pleines de pus dont la plus grande présente environ les dimensions d'une noix. Poumon droit moins gravement atteint, mais ramollissement et tubercules dans tout le tiers supérieur.

*Cœur.* — Petit, non dilaté, pesant 190 grammes.

*Abdomen.* — Foie 1180 grammes, gras, peu fibreux, le doigt y pénètre facilement.

*Rate.* — 155 grammes, semble normale.

*Reins.* — Droit : 105 grammes, semble à peu près sain, macroscopiquement ; peut-être y a-t-il une légère dégénérescence de la couche corticale, dont la couleur est pâle.

Gauche : 120 grammes. Mêmes lésions.

L'intestin, ouvert dans la région de l'iléon, ne présente aucune lésion appréciable.

*Cerveau.* — Poids : 1240 grammes.

Ne présente rien de particulier. On fait la coupe de Flechsig qui ne montre aucune lésion d'hémorragie ou de ramollissement.

*Main droite.* — A la dissection de la main, on ne constate aucune altération pathologique de l'aponévrose palmaire ou des articulations. Les tendons jouent librement dans leurs gaines, et ne contractent aucune adhérence. Leur diminution de longueur est telle qu'il est impossible d'étendre les doigts sans les sectionner. Leur gaine une fois ouverte, ils se tendent

d'eux-mêmes au-dessus de la paume à la façon d'une corde.

L'histologie des nerfs est restée négative.

La moelle a été durcie dans le liquide de Müller.

Les coupes pratiquées au niveau du renflement cervical et colorées par la méthode de Nissl présentaient les lésions suivantes : diminution diffuse du nombre des grandes cellules motrices dans la corne antérieure droite. A un plus fort grossissement, on voit certaines cellules ayant une forme arrondie et ayant perdu plus ou moins complètement leurs prolongements. On remarque dans les cellules malades un certain degré de chromatolyse, à début périphérique ; dans quelques-unes seulement, la chromatolyse est complète. Les cellules atteintes sont réparties dans les divers groupes et on en trouve dans les deux cornes antérieures.

Dans les coupes faites dans la partie la plus basse du renflement cervical, les lésions semblent présenter leur maximum, mais on en trouve aussi dans les régions les plus élevées de la moelle cervicale et dans les coupes pratiquées dans la moelle dorsale et lombaire.

Il est évident que le geste adopté par le malade pour retenir le vaste pantalon dont il était affublé, et conservé par stéréotypie a été l'occasion d'une contracture permanente dans les muscles fléchisseurs et préhenseurs de la main et de la rétraction tendineuse qui s'en est suivie.

Il est curieux de noter que la phase nettement démentielle ne s'est produite chez ce malade qu'à la suite d'épisodes vésaniques intermittents et multiples dont l'évolution n'a pas duré moins de douze

ans, puisqu'il a été réformé du service militaire pour aliénation mentale. Pendant son séjour à l'asile de la Roche-sur-Yon, il était considéré non comme un dément précoce, mais comme un héréditaire à accès périodiques.

La lésion, ici encore, est unilatérale, comme dans plusieurs des cas précédents.

### 4° Rétractions en rapport avec un état délirant

Dans trois observations, nous avons constaté un certain rapport entre les phénomènes de contracture et les idées délirantes formulées par les malades qui en sont le sujet. Ceux-ci ne diffèrent des précédents qu'en ce que leur stupidité est moins profonde et qu'une certaine activité délirante plus ou moins confuse subsiste chez eux. L'apparition de la contracture vient alimenter ce délire et donner naissance à des idées de défense, des phobies et des hallucinations.

### OBSERVATION IX (Obs. III complétée du mémoire de A. Cullerre)

1° Phase mélancolique suivie de confusion mentale avec alternatives d'agitation impulsive et de stupeur mélancolique ; contractures catatoniques des mains. Amélioration.

2° Rechute : phobies, obsessions variées, aboulie, manie des pactes ayant pour effet d'entretenir les contractures des fléchisseurs. Rétractions tendineuses consécutives.

Mme X..., quarante ans, admise le 28 janvier 1901 est une femme d'apparence frêle, portant des cicatrices de scrofule, d'une constitution délicate, pour qui on a toujours craint la tuberculose pulmonaire. Elle n'a cependant jamais fait de graves maladies. Mariée depuis dix-neuf ans, elle n'a pas eu de grossesse, quoique régulièrement menstruée. Son père est mort d'apoplexie vers soixante ans ; sa mère, névropathe, morte depuis longtemps, a présenté des troubles intellectuels. Elle a une sœur originale et un frère dégénéré, instable.

Depuis quelques semaines, les personnes qui la voyaient remarquaient en elle certaines bizarreries, des distractions insolites, des préoccupations religieuses étrangères à son caractère habituel ; peu à peu elle se mit à manifester des idées délirantes de culpabilité, eut de l'insomnie, des hallucinations terrifiantes, des impulsions au suicide. A la suite du refus systématique d'aliments, elle tomba dans un état de faiblesse générale qui décida sa famille à la placer à l'établissement.

A l'entrée, on constate un trouble aigu de l'intelligence caractérisé par une confusion profonde des idées, avec hallucinations et des alternatives de stupeur avec gâtisme et d'agitation avec impulsions au suicide. A certains moments, elle manifeste confusément quelques idées délirantes de culpabilité et de persécution se rapportant toutes à son mari, qu'elle veut sauver, et pour qui elle doit subir des épreuves terribles. Puis, la stupidité s'accentue, le refus d'aliments devient total, et pendant plusieurs semaines, il faut l'alimenter à la sonde et soutenir les forces par des injections quotidiennes de sérum.

Au quatrième mois de sa maladie, elle est victime d'un grave accident. Laissée seule un instant dans la chambre où elle était

alitée, elle se leva, s'approcha de la cheminée et mit, on ne sait comment, le feu à sa chemise. Il en résulta des brûlures étendues sur les cuisses, le ventre, les seins et le visage, ayant donné lieu à de vastes ulcérations qui mirent trois mois à guérir. Pendant ce temps la stupeur persista sans modification notable, les manifestations délirantes étant rares et confuses. Durant cette période elle prit l'habitude de tenir les mains fermées, les doigts fortement fléchis dans la paume des mains.

Pour obvier aux inconvénients de cette attitude vicieuse, on chercha à lui tenir des bandes roulées dans les mains, mais elle opposa à ce moyen une résistance invincible car « il fallait qu'elle eût les mains fermées pour se préserver, et pour que son mari fût sauvé. »

Il en résulta à la longue une contracture permanente des fléchisseurs, avec tendance à la rétraction des tendons. L'extention des doigts devint de plus en plus difficile au point que, quand elle sortit de l'établissement, légèrement améliorée, le 31 décembre 1901, il y avait à la main droite une rétraction tendineuse avec contracture de l'annulaire et de l'auriculaire. Les trois phalanges étant fléchies, la déflexion ne pouvait être opérée que partiellement. A la main gauche, contracture des trois derniers doigts, les deux premières phalanges seulement étant fléchies, comme dans la maladie de Dupuytren.

A peine rentrée au domicile conjugal, elle devient enceinte ; puis les idées se troublent de nouveau, elle a des obsessions, toujours relatives à son mari, elle prend en aversion tout ce qui l'entoure, a des impulsions subites à giffler et frapper les serviteurs, manifeste une jalousie féroce, a des crises passagères de stupeur, refuse parfois la nourriture. Cependant la grossesse

suit son cours et elle accouche sans accident d'un garçon bien constitué. Mais les troubles délirants s'accentuent, elle a des crises subites de terreur, arrache son enfant des bras de la nourrice, le serre à l'étouffer, court aux fenêtres pour se précipiter avec lui.

On est obligé, le 4 décembre 1900 de la réintégrer à l'établissement où l'on constate l'état mental suivant : Légère excitation maniaque alternant avec de la stupeur, idées obsédantes de persécution ayant toutes trait à son mari et à son enfant : on veut prendre son fils, l'infirmière veut la tuer pour hériter d'elle et épouser son mari... on veut brûler son enfant... il ne faut pas qu'elle mange car ce serait la cause de leur perte et, après de multiples hésitations, elle rejette la bouchée fatale à demi-ingérée. La viande surtout est refusée parce que c'est la chair de son mari ou de son fils. Elle a des hallucinations de la vue, voit la figure des êtres aimés sur la tapisserie, dans les rideaux, au fond de son assiette, sur le parquet. L'érotisme qu'on nous a signalé avoir existé intensément lors de la rentrée de la malade dans sa famille se produit de nouveau et se mêle au délire. Parfois elle demande à se confesser parce qu'on l'accuse de vouloir épouser tous les hommes qu'elle voit.

Elle est complètement aboulique et ne peut accomplir seule aucun des actes de la vie : elle ne souffre pas qu'aucun des objets de sa chambre soit changé de place. Il faut lui répéter, pour qu'elle consente à dormir : que son lit est bien pour elle, qu'elle est bien à l'établissement, que M. X... est bien son mari ; que son fils est bien le fils de son mari, etc.

Elle a aussi des phrases stéréotypées qu'elle ne manque pas de répéter dans des circonstances déterminées ; enfin elle a conservé sa manie des pactes et tient toujours ses doigts fortement

fléchis dans la paume des deux mains et résiste de toutes ses forces quand on cherche à les ouvrir, tel doigt étant destiné à préserver M. X..., tel autre son enfant, tel autre une autre personne.

En ce qui concerne la sensibilité, tout au moins, Mme X..., ne présente pas de stigmate hystérique, car nous n'avons jamais pu examiner la fonction visuelle.

*20 mars 1905.* — Il y a une amélioration assez sensible du côté des mains, la malade fait remarquer elle-même que sa main droite s'ouvre beaucoup mieux ; il n'y a plus de contracture, et la rétraction a beaucoup diminué ; le petit doigt s'étend aux trois quarts, l'annulaire à moitié. Quant à la main gauche, elle la tient complètement fermée, les phalanges et les phalangines entièrement fléchies, les phalangettes restant dans l'extension, les doigts se creusant une loge dans la paume de la main ; elle refuse tout examen, car cette main est fermée « pour son mari ».

Dans le courant de l'année 1906, l'état mental s'est modifié, la dépression, l'obsession et l'aboulie ont fait place à un état d'excitation maniaque à paroxysmes fréquents, accompagnés de désordres des actes, et parfois de violence. Elle a pris en aversion toutes les personnes qui l'approchent, même son mari. Ses idées sont devenues incohérentes parfois : elle a des interprétations délirantes, quelques idées de satisfaction et d'orgueil non systématisées. Elle a une mémoire excellente et conserve toutes les notions possibles du monde extérieur ; elle raisonne pertinemment surtout dans ses moments de calme, et ne montre pas le moindre signe d'affaissement intellectuel.

*20 novembre 1907.* — L'état mental est toujours celui de la manie chronique sans affaiblissement mental appréciable. Elle

n'a plus d'idées obsédantes ni de manie des pactes ; elle se laisse facilement examiner, et nous constatons du côté des mains l'état suivant : à la main droite, légère rétraction tendineuse aux deux derniers doigts qui maintient à demi fléchies les phalangines ; le poignet étant en flexion, l'extension de l'annulaire est complète et s'opère aux trois quarts pour le petit doigt. A la main gauche, demi-flexion des phalangines des trois derniers doigts pouvant être corrigée en partie quand le poignet est fléchi, et en extension légèrement forcée des phalangettes. Pas de brides, pas de nodosités, ni de rétractions palmaires. L'usage des mains malgré la légère déformation est récupéré presque en totalité.

Cette observation est intéressante, car elle montre que l'élément psychique n'a pas été si étranger qu'il semblerait d'abord, sinon à la production, du moins au maintien de l'attitude de flexion observée chez les malades que nous étudions.

Il est probable que le phénomène primitif a été la tendance à la rigidité musculaire des catatoniques (la malade a en effet passé par une phase de cette nature), et que cette opportunité de contracture obscurément perçue a été assimilée par ce qui subsistait de la conscience personnelle et utilisée par elle comme acte de défense contre les catastrophes dont elle se croyait menacée. De là l'énergie toute négative avec laquelle la malade, pendant des années, a favorisé le maintien des contractures avec toutes ses conséquences.

Et cependant nous devons constater, après plus de

cinq ans de durée, la bénignité relative des lésions tendineuses acquises, alors que deux ans auparavant les rétractions beaucoup plus graves et plus étendues ne permettaient pas d'espérer un résultat aussi favorable. Ce résultat est entièrement du, d'ailleurs, à la modification radicale de l'état mental qui, de forme d'abord dépressive, est devenu nettement expansif.

Pendant les cinq années qu'a duré la période dépressive, la malade a maintenu les mains fermées pour conjurer les malheurs qu'elle redoutait pour sa famille et, même par la force, il n'eût pas été possible d'étendre les doigts qui semblaient définitivement immobilisés par des productions fibreuses. Mais les préoccupations délirantes disparaissant et, au bout de peu de temps, les contractures n'étant plus entretenues par l'idée fixe, l'état local s'améliore dans des proportions inespérées.

## OBSERVATION X

### Communiquée par M. le Dr Hamel)

Mélancolie aiguë suivie de dépression profonde et de contractures des fléchisseurs des doigts. Crainte des contacts, manie du doute ; aboulie ; état démentiel ; accès de fureur coprolalique. Amélioration au bout de quatre ans. Persistance des rétractions des fléchisseurs et de l'aponévrose palmaire, principalement à la main droite.

D... femme D... quarante cinq ans, est admise à l'asile d'Auxerre le 13 janvier 1898. Aucun renseignement fourni par la famille qui se renferme dans un silence complet. Toutefois,

d'après ce qu'a pu nous dire ultérieurement la malade, elle paraît être une prédisposée sujette à des crises nerveuses dans sa jeunesse et probablement à des obcessions. Certificat d'entrée : « Tendance à l'homicide et au suicide, refus d'aliments. »

Certificat de 24 heures. « Idées de damnation, idées de suicide, refus de manger. Cette malade est dans un état de faiblesse physique extrême : c'est avec une grande difficulté qu'elle peut prononcer quelques paroles ; puis elle s'arrête pendant quelques instants, comme à bout de forces ; elle arrive cependant à nous dire qu'elle a toujours une sensation de vide dans l'estomac, qu'elle est morte depuis plusieurs mois, qu'elle a commis de grands crimes, et pour les expier, voudrait se donner la mort. » Certificat de quinzaine : « Mélancolie avec idées de damnation, idées de suicide, refus de manger ; l'étal mental de cette malade ne s'est pas modifié sensiblement pendant le cours de cette quinzaine, vit isolée ; parle pas, et on est obligé d'insister énergiquement pour lui faire prendre sa nourriture ».

Août 1898. — Au point de vue physique, pas de stigmates particuliers. La malade est en état de mélancolie avec des idées délirantes de damnation et de culpabilité : elle cause peu et s'alimente difficilement.

Juillet 1900. — Persistance de la dépression mélancolique ; peu modifiée, yeux clos, ratatinée sur elle même, présente un délire du toucher très actif.

Juillet 1901. — Folie du toucher : la malade ratatinée sur elle-même, serrant les cuisses, les mains fermées au point de provoquer des ulcérations dans la paume, sont roulées dans la partie antérieure de la jupe et cachées sous le tablier, dans l'angle des cuisses, les yeux sont clos, les paupières présen-

tent constamment de la blépharite. Dès qu'on veut la toucher, elle pousse un cri perçant et bref, extrêmement aigu, toujours le même, qu'elle répète plusieurs fois de suite, ou bien elle appelle, comme un enfant en colère : « Maman, maman. » Quant on l'approche, elle hurle : « Chien fou ! chien fou ! arrière ! » et elle recule en se ratatinant encore davantage et en poussant son cri de défense aigu, assourdissant, entrecoupé de grossièretés coprolaliques : « Chien fou ! cochon ! merde ! vieux cul rouge ! » si on la touche elle se replie plus encore, se roule sur elle-même, rougit, hurle épouvantablement de colère et vomit. Après quoi elle ajoute: « En voilà une danse ! »

Elle gesticule les yeux fermés. Elle a de la blépharite et un eczéma du cuir chevelu.

Le matin, elle s'habille elle-même, mais il lui faut trois quarts d'heure. Elle regarde sa chemise de jour d'abord, les yeux à peu près hermétiquement clos, puis à la fin elle se décide à avancer deux doigts, le pouce et l'index, les autres continuant à être repliés dans la paume de la main et elle finit enfin par prendre la chemise et la mettre. Dans la journée, elle demeure immobile dans un fauteuil ou se promène dans le jardin sur une longueur de dix mètres. Elle livre aux mouches une lutte acharnée. Dès qu'une mouche approche, elle pousse son cri de défense en dissimulant davantage encore ses mains et en se ratatinant s'écrie : « Chien fou ! chien fou ! » S'il y a plusieurs mouches autour d'elle, son angoisse devient extrême.

Par instants, elle pousse un cri prolongé et bas qui rappel le dégoût le plus accusé ou encore le grelottement de l'individu qui va se jeter à l'eau et qui hésite.

Aux repas elle hésite avant de toucher aux aliments puis se décide à prendre sa cuiller entre le pouce et l'index et mange. Elle prend la viande en bloc avec sa fourchette tenue avec la plus grande circonspection, et mord à même. Elle boit en tenant son verre entre deux doigts seulement, le pouce et le médius.

Quant à sa main gauche, elle demeure presque toujours inutilisée. Elle s'abstient d'aller aux cabinets, va satisfaire ses besoins dans le jardin, et sans précaution aucune ; jamais on n'a pu obtenir qu'elle s'asseye sur le siège.

Lorsqu'on l'examine ou qu'on la lave, elle se recroqueville sur elle-même et pousse sans interruption ses cris habituels. Il est impossible d'obtenir d'elle une réponse aux questions qui lui sont posées. Il ne semble pas que certains objets plutôt que d'autres exagèrent sa phobie et le contact par les mains l'impressionne plus vivement que par toute autre partie du corps.

La démence n'est pas aussi marquée qu'il semble à première vue, ses protestations quand on l'approche, la reconnaissance de toutes les personnes du service, ses appréhensions, ses cris de colère dès qu'on veut la toucher dénotent une conscience suffisante du monde extérieur. Toutefois on ne ne peut obtenir d'elle aucune parole, aucune réponse.

Depuis trois ans qu'elle est au pensionnat, la malade n'a jamais varié dans son attitude, mais elle grinçait continuellement des dents et présentait de la sialorrhée.

*Février 1904.* — Elle vomit depuis deux jours; ne veut pas qu'on l'approche ni qu'on la touche, pousse des cris : « cochon, bourreau. » Se tient les mains fermées et écartées l'une de l'autre ; se tient courbée, assise sur une chaise, les

yeux fermés, poussant des cris quand on veut la toucher.

Juillet 1904. — A la suite d'une visite de son mari, presque instantanément, dans la soirée elle s'est mise à causer. Depuis elle a changé d'attitude. Elle se tient comme tout le monde, cause avec exubérance, ennuie tout le monde de ses demandes, veut faire des problèmes compliqués d'arithmétique et propose au médecin de lui en donner la solution. Elle est excitée, réclame, manifeste des idées de persécution, se plaint d'avoir subi des raffinements de cruautés ; les surveillantes l'ont moralement martyrisée ; elle accuse tout le monde, envoie des lettres de dénonciation ; il y a un complot pour faire révoquer le directeur et tout le personnel de l'asile.

Au moment où la malade a passé à un état d'excitation, on a constaté que ses mains, qu'elle tenait obstinément écartées, présentaient une rétraction de l'aponévrose palmaire. surtout la droite qu'elle essayait d'ouvrir sans pouvoir y parvenir complètement. Le délire du toucher avait disparu complètement et la malade se faisait du massage sur la main la plus atteinte pour tâcher de faire disparaître la rétraction qui s'améliora d'ailleurs sensiblement au bout de quelques semaines. A noter également qu'un eczéma séborrhéique intense que la malade présentait depuis longtemps sur la face et le cuir chevelu disparut rapidement à la phase d'excitation. Elle est sortie le 3 août, emmenée par son mari. Elle était un peu moins agitée, mais avait conservé le caractère des circulaires, insupportable à son entourage.

Après une période de mélancolie qui dure plusieurs mois, nous voyons cette malade tomber dans une sorte de stupeur avec négativisme, raideur mus-

culaire généralisée et contracture des fléchisseurs des mains. Une sorte de phobie des contacts vient s'amalgamer à ces phénomènes pour les exagérer et les développer au maximum. La folie du toucher a-t-elle précédé ou suivi le développement des contractures, c'est ce qu'il paraît difficile de décider d'après l'observation, mais des rapports entre les deux symptômes, physique et psychique, ne sont pas douteux.

Quand, au bout de près de quatre ans, la période de stupeur catatonique fait place à une période d'excitation, la contracture disparaît, mais les rétractions fibreuses formées pendant la première période subsistent, surtout à droite, et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'une guérison relative peut être obtenue, un minimum de lésions subsistant à la main droite.

## OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le Dr Anglade.)

Folie de la lactation : délire hallucinatoire avec confusion mentale et excitation maniaque intense suivie de dépression avec demi-stupeur. Délire ambitieux secondaire. Contracture douloureuse de la main droite accompagnée de troubles vaso-moteurs et suivie de rétractions tendineuses.

H..., femme T..., trente-neuf ans, repasseuse, est admise à l'asile de Château-Picon, le 23 septembre 1902. Père soixante et onze ans, mère soixante-deux ans, bien portants, ayant eu

cinq enfants : deux filles et un fils vivants, deux filles mortes en bas âge. Pas d'antécédents héréditaires.

La malade n'a jamais fait jusqu'ici de maladies graves. Réglée à quinze ans sa menstruation a été à peu près régulière. Elle paraît avoir un certain faible pour les liqueurs, l'anisette surtout, qu'elle buvait volontiers. Très nerveuse, elle n'aurait cependant jamais eu de crises. Mariée il y un an, elle accoucha au mois de mars 1902 d'un enfant qu'elle a allaité et qu'elle a dû sevrer il y a dix jours parce qu'elle se sentait fatiguée et que son enfant lui-même était malade. C'est à la suite de ce sevrage que les troubles mentaux se sont manifestés, sous forme de délire agité et d'hallucinations. Elle croyait que son mari qu'elle suppose officier était de retour ; elle entendait les soldats toutes les nuits, faisait des fugues, comme pour faire des étapes ; après s'être enfuie de son domicile, elle aurait marché pendant quatre jours et quatre nuits.

Admise à l'hôpital Saint-André, elle a été l'objet du certificat d'entrée suivant : « Manie aiguë survenue au cours de la lactation ; très agitée, incohérente, hallucinée ; elle est irritable, violente, et se livre à des actes impulsifs ». Dr Régis

Avant son entrée à l'hôpital Saint-André, elle a encore été l'objet du certificat suivant : « Aliénation mentale avec des symptômes d'excitation violente la portant à frapper les personnes de son entourage, et même son père et sa mère ; l'idée fixe et dominante de son délire est de renvoyer ses parents et de s'approprier leur domicile. »

A son entrée à l'asile, on examine l'habitus physique qui ne donne lieu à aucune remarque. L'examen de la vision ne permet de constater ni strabisme, ni ptosis, ni blépharospasme.

Les milieux de l'œil sont normaux. Acuité visuelle normale ; le champ visuel aussi paraît normal.

27 septembre. — Par moments, elle demande à partir, et si l'on insistait, elle deviendrait violente. Elle ne veut pas travailler, dit qu'elle est trop faible. Elle n'est pas gâteuse. Mêmes conceptions délirantes : elle attend son mari, se plaint qu'on lui donne des noms ridicules, pour se moquer d'elle ; oisive, elle reste couchée par terre. Les nuits sont bonnes ; elle mange bien ; sa tenue est régulière.

6 octobre. — Elle ne s'occupe toujours pas, parle seule, est triste, se promène dans la cour ou se couche par terre ; quelquefois elle pleure spontanément ; ni violente ni malpropre. Elle a ses règles en ce moment. Autres notes du mois : La confusion mentale persiste avec l'incohérence. Idées délirantes polymorphes, croit toujours son mari officier en Afrique : il lui semble le voir et l'entendre ; il lui dit qu'il n'est pas marié avec elle. Elle ne s'occupe pas, cause seule, dort peu la nuit Constipation habituelle. Pupilles dilatées. Elle se tient assez bien, est propre.

1er novembre. — Elle prétend avoir écrit un roman qu'elle a confié à un éditeur de Paris ainsi qu'un volume de vers. Elle expose tous les matins ses revendications à ce sujet.

En 1903, on note à travers son incohérence l'apparition d'idées de grandeur plus formelles : « C'est moi Marguerite d'Orléans ; au nom de la loi, jardinière. »

25 novembre 1903. — On constate la présence de contractures de la main droite : elle serre son poing droit, croyant y retenir son enfant : « On ne le voit pas, mais je sens qu'il y est : c'est mon idée ; il est malade, il est tout petit. » Elle a beaucoup crié ce matin de trois à cinq heures, espèces de crises ner-

veuses, dit la sœur du service. « Ma main est pourrie ; j'ai mon petit enfant dedans. Allez me chercher de l'arnica, ça me ferait ouvrir la main. »

28 nov. — Main droite en griffe ; œdème de cette main, dépression en sillon due à la pression prolongée des ongles dans le paume de la main.

30 novembre. — Elle dit : « C'est moins enflé. ça me fait moins mal ; je pense que c'est ça qui me faisait crier. »

En effet elle crie moins depuis qu'il y a du mieux.

23 décembre. — La contracture de la main droite diminue. Le pouce a récupéré ses mouvements, l'index en partie. Restent le médius, l'annulaire et le petit doigt ; la flexion des deux derniers doigts est complète. Doigts en griffe, impossibilité de les défléchir.

Pas de troubles de la sensibilité à ce niveau : elle localise et perçoit les piqûres, le tact, le chaud ou le froid.

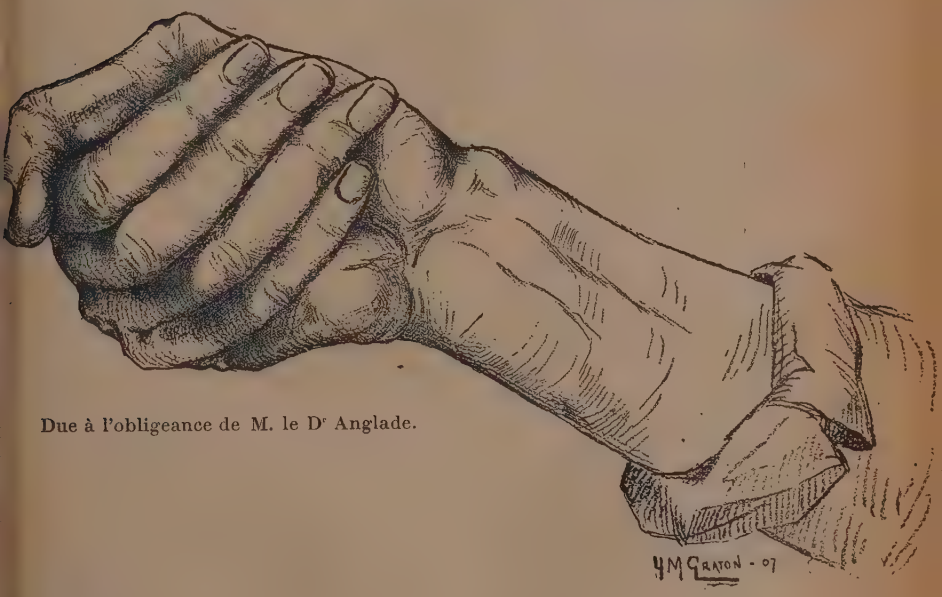
Année 1904. — Alternatives d'excitation et de dépression ; incohérence, idées confuses de grandeur. En septembre on relève les paroles suivantes : « Et mon petit garçon? Ce sont des salopes ces femmes-là ! Elles m'ont fait enlever parce que j'avais de l'argent. Nous sommes en 1904, on me fait pourrir sur pied; je suis pourrie (elle fait voir ses deux mains qui sont fléchies) je suis toute décomposée. J'ai la tête tout à fait creuse. Je crois que toute ma force passe par mes mains. Je ne suis pas une femme qu'on soigne, je suis une femme qu'on détruit. Mon enfant a été immolé. J'ai perdu la tête et je suis ici. J'ai la tête vague continuellement, j'entends mon petit enfant qui crie. Je n'ai jamais perdu la raison, j'entends mon petit enfant qui crie. »

Année 1905. — Très impulsive, agitée, méchante.

Année 1906. — Mêmes constatations.

Année 1907. — Réactions violentes alternant avec quelques périodes de calme démenties. Le 18 octobre, l'examen des mains donne lieu aux constatations suivantes : la main droite est en flexion forcée, l'extrémité des doigts s'applique contre la face antérieure de l'avant-bras. Au commandement, la malade ne peut les écarter que de deux centimètres environ.

Nous retrouvons dans cette observation la marche habituelle des phénomènes précédemment décrits. La maladie débute par une phase d'agitation violente à laquelle succède une période de dépression entrecoupée de crises d'excitation intenses et passagères ; il existe du délire, mais confus, polymorphe, avec des hallucinations de l'ouïe. Il n'y a pas de symptômes évidents de catatonie ; mais cependant certain



Due à l'obligeance de M. le Dr Anglade.

jour, un peu plus d'un an après l'explosion de la maladie, des contractures se produisent dans les fléchisseurs de la main droite, contractures passagèrement douloureuses, accompagnées de troubles vasomoteurs et venant alimenter le délire de la malade. Au bout de deux mois les contractures diminuent, semblent vouloir se localiser aux derniers doigts de la main ; mais cette amélioration n'est pas durable, et nous constatons au moment où s'arrête l'observation qu'un retour agressif du phénomène a immobilisé de nouveau la main entière.

Il n'est pas impossible toutefois qu'une nouvelle amélioratien se produise par la suite, mais ce ne sera pas sans une lésion résiduelle plus ou moins accentuée.

Notons que chez cette malade un examen très complet de la sensibilité sensitive et sensorielle opéré à diverses reprises n'a révélé aucun stigmate hystérique.

A noter encore l'unilatéralité de la contracture.

## RÉSUMÉ CLINIQUE

Si nous cherchons à résumer les particularités cliniques qui découlent des observations précédentes, nous sommes conduit à quelques remarques intéressantes qui ont leur importance au point de vue de la nature du syndrôme que nous étudions.

Le plus jeune de nos malades a dix-huit ans, la plus âgée quarante-cinq ans, d'un côté l'adolescence, de l'autre à peine l'âge mûr. L'âge moyen de nos onze sujets est de trente-deux ans et demi : ce n'est guère l'époque des affections constitutionnelles ou diathésiques. Nous remarquons encore que la gravité de la lésion n'est pas en rapport avec l'âge des sujets.

Le sexe féminin est prédominant, nous comptons huit femmes contre trois hommes seulement. Mais, d'un côté, les psychoses aiguës sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes à cette époque de la vie, à cause surtout de l'activité prédominante des fonctions génitales chez la femme, raison de nombreuses affections mentales où la catatonie et la stupeur sont habituelles. On pourrait songer aussi à faire intervenir l'hystérie ; cependant nous

constatons ici maintenant que nos malades femmes n'ont présenté, ni dans leur passé, ni dans leur état actuel, de stigmates ou de symptômes ressortissant nettement à cette névrose.

Le siège des lésions n'a rien non plus qui rappelle les affections analogues d'origine constitutionnelle ou diathésique, où la symétrie est la règle : quatre fois les deux membres supérieurs ont été pris avec prédominance des symptômes tantôt de l'un, tantôt de l'autre côté ; quatre fois le membre supérieur droit est exclusivement touché, et trois fois le gauche.

Les contractures se développent toujours pendant une période de stupeur ; elles en suivent exactement les phases, s'exagérant ou diminuant avec elle ; disparaissant même brusquement pour revenir ensuite quand se produit un retour agressif de l'état catatonique. Elles ont un caractère nettement actif, rappelant la crampe, et sont parfois assez intenses pour produire des excoriations ou des ulcérations dans la paume de la main. Les amyotrophies et les rétractions tendineuses paraissent être exclusivement fonction de la durée de la contracture ; ce n'est qu'exceptionnellement (observation III) que l'on constate au niveau de la paume de la main ou le long des gaînes, des épaississements et des nodosités analogues à celles que l'on rencontre dans le rhumatisme fibreux, ou un état douloureux des parties atteintes (observ. XI).

La tendance normale du syndrôme est la guérison, ou tout au moins une amélioration considérable:

le résidu pathologique, quand il existe, ne permet de constater aucune déformation accentuée, mais seulement un raccourcissement des tendons fléchisseurs faisant obstacle à l'extension des deux, exceptionnellement des trois derniers doigts de la main atteinte.

Enfin l'état mental du malade paraît intervenir dans la production du phénomène. Dans la stupeur catatonique profonde, cette action ne peut être que soupçonnée, mais dans les états intermédiaires, on constate nettement l'action d'idées obsédantes, d'idées de défense ou de gestes qui, de voulus d'abord, sont devenus secondairement stéréotypés.

## CHAPITRE III

### Pathogénie et physiologie pathologique

---

### § I. — *Pathogénie de la contracture*

L'étude clinique précédente montre une série de faits dans lesquels, en même temps qu'un état mental particulier on observe des contractures spasmodiques qui, par leur durée engendrent des troubles trophiques spéciaux : rétractions fibro-tendineuses et accessoirement atrophie légère des muscles atteints.

Il nous reste à élucider la pathogénie de ces phénomènes. Plus généralement, nous savons que dans les états de stupeur et de catatonie, il existe parallèlement aux troubles mentaux des troubles de la fonction musculaire. Ces troubles de la fonction musculaire, beaucoup plus accentués dans la catatonie que dans la stupeur simple, consistent dans une exagération de la tonicité, depuis la flexibilité cireuse de l'état cataleptique jusqu'à la contracture spasmodique, en passant par tous les degrés de rigi-

dité intermédiaires. L'état mental est constitué par le simple ralentissement de tous les processus psychiques, jusqu'à l'inhibition plus ou moins complète, jusqu'à l'inconscience.

Mais même dans les cas où la dépression mentale est le plus accusée, l'activité de la couche corticale n'est pas totalement supprimée et les impressions du monde extérieur y développent, comme dans un rêve pénible, des états de conscience confus et partiels d'étonnement, de peur, d'angoisse, et des hallucinations terrifiantes. En réalité, dans la majorité des cas, la stupidité ne nous semble pas une inhibition pure et simple des facultés intellectuelles et de la sensibilité ; elle a un substratum, la douleur morale, l'effroi, la peur. L'abaissement de la température, le ralentissement du cœur, les troubles de la respiration, les troubles des sécrétions sont les signes qui accompagnent la stupidité : ce sont exactement aussi ceux qui d'après Montegazza accompagnent la douleur. Ce sont des actions réflexes qui, dans le cas de douleur physique, ont pour point de départ la périphérie, et qui, dans la douleur morale ont pour point de départ les centres nerveux. Ces faits sont admis par les physiologistes : « aussi voilà la douleur physique et la douleur morale qui aboutissent l'une et l'autre à ce même résultat. Ce résultat, c'est l'excitation du bulbe et de la moelle » (1).

---

1. Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*. Paris, 1884, p. 462.

Toutefois, tous les aliénistes ne sont pas d'accord sur ce point, pas plus que ceux du siècle dernier où l'on vit Baillarger et ses élèves opposer la conception de la *mélancolie stupide* à la *stupidité* de Delasiauve, c'est-à-dire l'affirmation du rôle de l'imagination dans les états de stupeur en face de la négation de ce même rôle.

Au lieu de résumer ici les mémorables discussions de la société médico-psychologique, bien connues de tous les aliénistes, qu'il me soit permis de rapporter une curieuse lettre adressée par Delasiauve en 1873 à mon père, A. Cullerre, à propos d'un mémoire (1) où ce dernier critiquait ses idées sur la *stupidité*. « Un mien travail est, de votre part, l'objet de quelques objections fondées. Mais ces objections, dans un mémoire ultérieur, je me les suis faites à moi-même ; et j'en ai nettement reconnu et circonscrit la valeur. La question a subi diverses phases et pour s'en bien pénétrer il importe de remonter au point de départ.

« Georget, un des premiers a bien décrit la stupidité. A paru ensuite la magnifique thèse de M. Etoc-Demazy, s'efforçant de rattacher à l'œdème cérébral l'origine et le développement de l'affection. Ferrus dans ses leçons, Scipion Pinel, dans son traité n'ont pas moins insisté sur ce qu'ils ont considéré comme une forme mentale, symptôme, toutefois, d'états anatomiques multiples.

1. A. Cullerre. « Etude clinique de la lypémanie stupide ». (*An. médico-psychologiques*, 1873).

« Telle était la situation lorsque, vers 1841 dans le tome Ier des *Annales*, M. Baillarger s'inscrivant contre l'opinion commune qui donnait pour caractéristique à la stupidité l'inertie intellectuelle et morale, prétendit que l'activité de l'imagination y avait fait son rôle : De là la dénomination proposée par lui de *mélancolie avec stupeur*, répondant dans sa pensée au double phénomène : confusion psychique, et conceptions hallucinatoires généralement tristes.

« Dans cette analyse minutieuse qui n'avait qu'un tort : conclure à l'inverse, les faits évidents de stupidité étaient seuls visés. Il ne s'agissait point de la lypémanie où l'accablement tenace était sans conteste alors le résultat d'une concentration énergique, d'une tension morbide de la pensée sur un sujet fixé.

« Ayant publié un essai de classification, où un rang distinct était assigné à la stupidité et à la lypémanie et, par suite, de quelques lances rompues avec M. Baillarger à la Société médico-psychologique, je rédigeai le long travail que vous avez lu dans les *Annales*.

« M. Baillarger riposta. Notamment, parmi les nombreux auditeurs du cours qu'il faisait à la Salpêtrière, un reporter, effréné logicien, M. le Dr Sales Girons, en reproduisant dans son journal la *Revue médicale* les leçons de notre éminent collègue m'attaqua très vigoureusement. Il y eut réponse et réplique.

« Cette lutte ne fut pas stérile. J'avais admis des cas intermédiaires. M. Baillarger s'en était habilement

servi pour élargir le domaine de sa mélancolie avec stupeur. Je ne lui laissai pas cette ressource. Loin de là ; après avoir pressé le sujet de plus en plus, je finis par déclarer que nous tomberions instantanément d'accord si, au lieu de s'obstiner à faire de la *stupidité* des *mélancolies*, il enlevait au groupe des lypémanies réduit aux faits monomaniaques l'immense majorité des observations pour les ramener dans le cadre des obtusions s'élevant du degré de la stupeur presque imperceptible à l'obtusion moyenne (hypocondriaque et hallucinatoire), jusqu'à l'abolition complète des manifestations mentales.

« L'accord, en effet, s'opéra aisément, et la thèse Sauze vint clore le débat. Ce dernier tout en adhérant à ma théorie me reprocha d'avoir méconnu l'influence étiologique des causes morales. J'ai dû m'incliner devant les faits. Depuis, les idées, de mon côté du moins, se sont fixées. La *stupidité*, délire général, avait envahi la presque totalité des lypémanies et les moindres particularités de son histoire se trouvent illuminées de la clarté la plus vive.

« Tous les cas ont, dans la nomenclature, leur rang scientifique. On suit l'évolution logique du symptôme. Le pronostic peut être déterminé *a priori* et le mode comme les chances du traitement mesuré. »

Ainsi, en dépit de sa puissante dialectique, Delasiauve avait été obligé de reconnaître que sa conception de la stupidité était trop absolue et que dans un grand nombre de cas le psychisme, tout entravé

et diminué qu'il pût être, n'était pas cependant supprimé.

Aujourd'hui, le même dualisme d'opinion subsiste, mais la majorité est en faveur de la dernière. Si Kahlbaum ne voyait dans les phénomènes catatoniques que de simples spasmes musculaires, Kraepelin a fait ressortir leur origine psychique.

Tandis que Tschiseh nie d'une façon formelle toute hallucination ou tout délire dans la catatonie, Ziehen, Meyer, Mecus, Claus (1) considèrent la stupeur comme secondaire et provoquée par des représentations délirantes, des hallucinations.

Kaiser a mis en évidence ce fait que les états stuporeux peuvent cacher un état d'obsession. Plusieurs de nos observations tendent à confirmer cette manière de voir et à prouver en plus que le négativisme chez certains catatoniques n'est autre chose qu'un acte de défense. Evidemment la conscience n'intervient pas toujours d'une façon formelle dans ces manifestations, mais cette particularité ne saurait leur enlever leur caractère psychique qui subsiste même si l'on voulait soutenir qu'il ne s'agit que des réactions instinctives.

A propos des paralysies, des spasmes et des contractures hystériques, M. P. Janet exprime l'avis qu'en ce qui concerne les conditions physiologiques du phénomène, on ne peut qu'admettre l'engourdis-

1. Claus, *Catatonie et Stupeur*. Rapport au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, Bruxelles, 1903.

sement, l'épuisement des centres cérébraux qui président à la sensibilité et au mouvement des muscles. Cet engourdissement serait toujours d'une nature assez particulière ; il ne supprime pas complètement la sensibilité tactile et musculaire. On est enfin obligé de supposer encore que cet engourdissement particulier de certains centres est en relation avec l'émotion persistante. Mais il n'attache qu'une valeur très secondaire à ces hypothèses qui ne deviendront intéressantes que lorsque l'histologie sera en mesure d'établir la nature des modifications survenues dans l'écorce cérébrale (1).

Ces réflexions nous paraissent s'appliquer à la catatonie, non moins qu'à l'hystérie elle-même. Ce que nous voulons en retenir c'est que l'engourdissement de la couche corticale dans ces deux états n'est que partielle, et qu'elle n'est pas sans jouer un rôle dans les phénomènes musculaires qui font l'objet de notre étude.

Si nous considérons maintenant la nature du trouble mental qui, s'il paraît quelquefois indifférent au point de vue émotionnel, rappelle fréquemment au contraire celui des passions les plus déprimantes, douleur morale, stupéfaction, terreur, nous comprendrons facilement les raisons de la forme si spéciale de la contracture observée dans cet état.

Il y a d'abord l'immobilité prolongée, qu'elle soit le fait de la stupidité pure et simple ou d'une stéréo-

1. P. Janet. *Névroses et idées fixes*, t. I. Paris, 1898.

typie. Cette immobilité entraîne à la longue l'impotence motrice et même l'atrophie des muscles (1). Comme conséquence de cette immobilité, de la dépression simple ou de l'état émotionnel qui l'accompagne, il se produit une action prédominante de l'ensemble des muscles fléchisseurs. Si la supériorité des extenseurs accompagne la joie, la satisfaction, l'euphorie, celle des fléchisseurs exprime la crainte et la douleur. « Le plaisir répond à un mouvement d'épanouissement, de dilatation, d'expansion. Au contraire, dans la douleur, on se rapetisse, on se renferme sur soi ; c'est un mouvement général de flexion (2). » Et si cette tendance à la flexion affecte plus particulièrement les muscles des membres supérieurs, c'est, comme le fait remarquer A. Cullerre dans son mémoire, que ces membres sont « les plus intellectuels, les plus appelés à traduire la profonde perturbation des régions corticales dévolues à l'exercice de la volonté et de l'intelligence (3) ».

« Les émotions, dit Féré, exagèrent souvent les phénomènes spasmodiques ; c'est ce qu'on voit dans la plupart des contractures aussi bien dans les contractures sans lésion permanente que dans les contractures secondaires à la dégénération du faisceau pyramidal (4). »

---

1. Ch. Féré. *Pathologie des émotions.* Paris, 1892.
2. Ch. Richet. *L'Homme et l'Intelligence.* Paris 1884.
3. *Loc. cit.*
4. *Loc. cit.*

Mais nous savons d'ailleurs qu'un état émotionnel triste, s'il favorise les contractures, n'y est pas indispensable : l'immobilité suffit seule, comme le montrent les faits si curieux publiés par le professeur Brissaud. Il a montré en effet que parfois chez certains individus la fonction professionnelle pouvait produire un spasme suivi d'une atrophie des muscles spécialement destinés à la fonction, tel le cas d'un batteur de beurre, celui d'un tourneur de bouchons. Dans cette dernière profession l'ouvrier tient de la main droite son couteau bien affilé, et de la main gauche le morceau de liège à tailler. Il le tient avec les trois premiers doigts et, pour ne pas couper les autres, il les maintient fortement fléchis en permanence. A la longue, les deux derniers tendons fléchisseurs subissent une rétraction dystrophique qui constitue une véritable maladie de Dupuytren limitée aux gaines des deux derniers doigts et de la partie interne de la face palmaire. Contrairement à ce qui se passe habituellement dans la maladie de Dupuytren où est impliquée une action *extérieure* plus ou moins brutale exercée sur la face palmaire par l'outil dont se sert le malade, la déformation, dans ces cas survient à la suite d'une irritation permanente exclusivement *intérieure*. La flexion volontaire des deux derniers doigts chez le cordier produit d'abord un état spasmodique, et la rétraction définitive ne vient qu'ensuite. « Dans la crampe des écrivains, ajoute l'auteur, et en général dans les crampes professionnelles, où les troubles trophiques ne sont pas

rares, on voit se succéder ces trois ordres de phénomènes : contraction répétée, contracture spasmodique, atrophie musculaire (1). »

Un phénomène tout à fait analogue a été observé par MM. Meige et Feindel.

A propos du torticolis mental, ces auteurs signalent des cas où, en même temps que l'hypertrophie des muscles qui sont le siège du tic, on constate l'atrophie des antagonistes. Ce trouble de nutrition, bien que bénin d'habitude, peut, dans les cas de longue durée se compliquer de rétractions tendineuses qui entraînent des déformations permanentes (2).

Si nous rapprochons ces vues théoriques des constatations que permettent de faire nos observations, nous voyons que, dans un cas, l'immobilité semble avoir joué dans la production de la contracture et de la rétraction fibreuse consécutive, un rôle à peu près exclusif (Obs. II).

Dans un plus grand nombre de cas l'immobilité était liée à un état catatonique, c'est-à-dire à une sorte d'opportunité de contracture (obs. I, III. V). Enfin dans la majorité des cas, il y a à la fois immobilité catatonique, stéréotypie, c'est-à-dire attitude irrationnelle, et intervention d'un élément psychique, obsession (obs. IX); geste de défense (obs. X); idée délirante (obs. XI). Il s'agit donc, en somme,

---

1. Brissaud. Société de Neurologie, 4 décembre 1902.

2. Henry Meige et E. Feindel. *Les Tics et leur Traitement*. Paris, 1902.

d'un phénomène d'origine assez complexe et duquel on ne saurait totalement éliminer l'action des régions corticales du cerveau.

Cela nous conduit à examiner comment on peut, physiologiquement, en concevoir une explication rationnelle.

### § 2. — *Physiologie pathologique de la contracture*

La contracture, si elle ne peut être définie d'une façon satisfaisante, peut être considérée comme une exagération morbide et la tonicité normale du muscle.

Vulpian pense que le centre du tonus musculaire est dans la moelle épinière. Elle agirait d'une façon incessante sur tous les membres par les nerfs moteurs pour y maintenir la tonicité musculaire. Cette action continue de la moelle serait provoquée par des stimulations excito-motrices centripètes provenant soit des muscles eux-mêmes, soit des téguments périphériques (1).

Pour Richet, il est impossible de révoquer en doute la tonicité, mais on ne peut guère lui assigner de cause précise. « Ce qu'il y a de plus vraisemblable, c'est que, pendant la vie, une série d'excitations

---

1. Vulpian, *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, t. VIII.

sensitives, faibles, incessantes, remontent vers les cellules nerveuses centrales et les maintiennent constamment dans un état de demi-activité réflexe. Les contractions musculaires, le contact de l'air et de l'oxygène avec les téguments externes, le contact de la paroi interne des vaisseaux avec le sang, les changements chimiques interstitiels des tissus, sont toutes excitations qui maintiennent la moelle dans un état tonique. Peut-être cet état actif de la substance nerveuse dépend-il de la circulation du sang dans la moelle » (1).

Charcot (2), Brissaud (3), soutiennent la théorie médullaire du tonus musculaire, et l'hypertonicité consécutive aux lésions du faisceau pyramidal serait causée par l'irritation mécanique des cellules motrices de la moelle.

Van Gehuchten (4), Grasset (5) admettent que le tonus musculaire est un réflexe dont le centre est dans les cellules des cornes antérieures de la moelle, mais ils soutiennent qu'au-dessus de ces cellules radiculaires siègent des centres régulateurs qui, par leur

---

1. Ch. Richet. *Physiologie des muscles et des nerfs.* Paris, 1882.

2. Charcot, *Œuvres complètes*, vol. IV.

3. Brissaud, *Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la Contracture permanente des Hémiplégiques* (Th. Paris, 1880).

4. Van Gehuchten. Réflexes cutanés et réflexes tendineux, Congrès international de 1900.

5. Grasset. *Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal.* (Montpellier, 1899).

action antagoniste, les uns étant inhibiteurs, les autres excitateurs maintiennent la tonicité musculaire normale.

Crocq, dans un important travail présenté au Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges en 1901, après avoir montré que des nombreuses théories édifiées dans le but d'expliquer le mécanisme du tonus, aucun ne résistait à une critique rigoureuse, cherche à établir, par l'expérimentation chez les animaux, que de la grenouille à l'homme, le réflexe du tonus se localise dans des centres de plus en plus élevés. Chez la grenouille, c'est un réflexe purement médullaire ; chez le lapin et le chien, le centre réflexe du tonus doit être localisé dans la mésocéphale ; chez le singe, l'importance des voies longues est plus grande encore ; les centres de ce tonus se trouvent à la fois dans les ganglions basilaires et dans l'écorce cérébrale ; enfin, chez l'homme, les voies longues seraient seules chargées de transmettre les courants toniques des muscles volontaires ; le centre de ce tonus serait exclusivement cortical.

Mais Grasset a objecté très judicieusement qu'un réflexe n'est pas si simple que le comporte cette théorie. « Le corps cellulaire, centre du réflexe n'est pas indépendant des centres nerveux ; il est relié à d'autres neurones supérieurs à lui (au point de vue de la hiérarchie physiologique).

L'action du neurone réfléchisseur est modifiée par l'action de ces neurones supérieurs. Il en reçoit des actions inhibitrices et des actions dynamogènes. Et

ainsi le réflexe reste ce qu'il était, mais il n'est plus un réflexe indépendant.

Il est commandé par les neurones supérieurs à celui où se fait la réflexion ; les neurones supérieurs ont une action positive sur l'autorité du neurone « réfléchissant » ; ils ont donc une action positive sur le réflexe lui-même. En d'autres termes l'appareil nerveux d'un réflexe n'est pas réduit à une voie centripète, un corps cellulaire et une voie centrifuge. Il continue à comprendre ces éléments là, mais, en plus il comprend des neurones supérieurs qui interviennent en agissant sur le neurone inférieur, centre immédiat d'un réflexe » (1).

Ainsi donc, le tonus musculaire et son exagération, la contracture, ne sauraient être indépendantes de l'action corticale. On ne saurait expliquer, par exemple, les contractures des catatoniques par l'engourdissement pur et simple de la substance grise du cerveau dont l'effet serait de libérer les centres inférieurs de toute action frénatrice.

Dans la complexité des fonctions de la couche corticale, à l'hypertonicité des parties dévolues à l'activité volontaire et consciente, répond une sorte d'érethisme des parties réservées à l'activité automatique, ou plutôt, l'inhibition de la conscience et de la volonté laisse le champ libre à ces mêmes régions qui exagèrent, au lieu de la régler, l'incitation néces-

---

1. Grasset. L'appareil nerveux du tonus. Compte rendu du Congrès de Limoges, 1901.

saire aux cornes antérieures de la moelle pour provoquer et entretenir la rigidité musculaire. C'est ainsi que nous voyons M. Grasset dans le travail précédemment cité attribuer à une hypertonie corticale la production des attitudes cataleptiformes.

Et ainsi nous sommes amené à constater la parfaite concordance des explications psychologiques et physiologiques du phénomène que nous étudions. La physiologie peut encore compléter ces explications en ce qui concerne l'attitude exclusivement fléchie des muscles contracturés chez les catatoniques. « C'est un fait bien connu, dit Déjerine que, au membre supérieur comme au membre inférieur certains groupes des muscles l'emportent comme volume et par conséquent comme force sur leurs antagonistes. Au membre supérieur les adducteurs et les rotateurs en dedans du bras l'emportent sur les rotateurs en dehors ; il en est de même pour les fléchisseurs de l'avant-bras et pour les fléchisseurs de la main et des doigts qui sont tous, et de beaucoup, plus vigoureux que les extenseurs antagonistes » (1). De cette prédominance des fléchisseurs découle tout naturellement leur attitude dans l'état de contracture des catatoniques et des stupides.

---

1. Déjerine. « Séméiologie des maladies nerveuses ». (*Traité de Pathologie générale de Bouchard*).

### § 3. — *Pathogénie de l'amyotrophie et des rétractions fibro-tendineuses*

Chez nos malades, en dehors de l'émaciation diffuse qui atteint les muscles immobilisés, nous avons rencontré dans plusieurs cas une véritable atrophie musculaire, atrophie assez modérée, et ne présentant pas le caractère de l'atrophie occasionnée par les lésions organiques de la moelle. Nous avons noté en particulier dans l'observation VII que l'examen faradique des muscles atteints ne révélait aucun signe de dégénérence.

Dans l'explication de ce syndrôme, il nous semble naturel de faire encore ici appel à la perturbation des fonctions corticales dont l'action trophique se trouve pervertie. On sait d'ailleurs combien sont nombreux les troubles trophiques observés dans la catatonie et les états de stupeur. Ce sont des pseudo-œdèmes, des éruptions (1) diverses, du purpura, du dermographisme, de la cyanose des extrémités, des troubles sécrétoires multiples, et en particulier de la sialorrhée.

Les variations de l'état mental, c'est-à-dire de la couche corticale, ont une influence marquée sur ces troubles sécrétoires et trophiques qui s'améliorent à mesure que l'état de stupidité tend à se modifier

---

1. M. Dide. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1903-1904. Trepsat. Soc. de neurologie, 4 février 1904.

lui-même. Nous avons vu qu'il en était de même pour les phénomènes que nous étudions et, en même temps qu'à la dépression succédait, chez nos malades, l'excitation, la contracture disparaissait, ses conséquences s'atténuaient et l'amyotrophie elle-même cessait d'être appréciable (obs. VII).

Pour expliquer l'amyotrophie hystérique, les auteurs n'ont pu faire autrement que d'invoquer un trouble de l'action trophique du cerveau.

Babinski, après avoir établi que cette amyotrophie appartient bien à la catégorie des phénomènes trophiques, ajoute : « Il faut bien remarquer que l'expression de trouble trophique n'implique pas fatalement l'idée d'une altération matérielle du système nerveux appréciable à nos moyens d'investigation, elle signifie simplement que l'action incontestable exercée par ce système sur la nutrition des tissus est modifiée ou supprimée, or, cette modification ou cette suppression peut être purement dynamique (1). »

« Pourquoi, dit Gilles de la Tourette, observe-t-on chez certains sujets hystériques paralysés ou contracturés de l'œdème, de l'atrophie musculaire alors que d'autres malades atteints depuis le même laps de temps de la même manifestation restent indemnes de ces complications ? C'est à notre avis que la tro-

---

1. Babinski. « De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques » (*Arch. de Neurologie*, 1886).

phicité, dont nous ne connaissons pas les lois, intervient pour les produire (1). »

Chez les hémiplégiques par lésion en foyer, où l'on rencontre parfois en même temps que les contractures des lésions trophiques diverses, et en particulier de l'atrophie musculaire il a fallu, à côté des cas où cette atrophie était nettement la conséquence d'une lésion des cornes antérieures (Leyden, Pitres, Brissaud) ou d'une altération névritique des nerfs périphériques (Déjerine), reconnaître l'existence d'un troisième groupe où ces deux ordres de lésions faisaient défaut (Babinski, Quinke, etc.). De ces diverses modalités des phénomènes en question, MM. Joffroy et Achard donnent une théorie qui, s'appliquant à tous les cas, y compris ceux où les contractures et l'amyotrophie sont d'ordre purement dynamique, résout élégamment le problème pathogénique.

En résumé, disent ces auteurs, l'amyotrophie des hémiplégiques a des rapports étroits avec la lésion du faisceau pyramidal et la contracture. Dans la majorité des cas d'hémiplégie, le retentissement de la lésion cérébrale se traduit seulement, dans les cellules motrices de la moelle, par une irritation dynamique qui produit la simple contracture. Mais dans quelques cas, l'épuisement des cellules motrices succède à l'excitation, et c'est alors que survient l'atrophie musculaire. Cet état présente lui-même

1. Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. Paris, 1891.

plusieurs degrés. En premier lieu, la modification des cellules épuisées détermine tout en restant dynamique, une atrophie musculaire en général modérée, sans que les nerfs moteurs dégénèrent : ce sont les cas d'intégrité parfaite des cornes antérieures et des nerfs intra-musculaires. A un degré plus élevé qui répond aux faits cliniques classés parmi les névrites périphériques, l'abolition du pouvoir trophique des cellules retentit non seulement sur les muscles, mais sur les nerfs moteurs : ceux-ci dégénèrent d'abord par leur partie la plus éloignée du centre, suivant le processus ébauché déjà dans les expériences de dégénération wallérienne (Ranvier) et que les causes pathologiques agissant avec une bien plus grande lenteur semblent réaliser d'une façon bien plus parfaite. Enfin, au dernier terme de la série, la modification des cellules spinales est plus profonde et ces éléments s'atrophient, mais là encore s'observent tous les intermédiaires depuis la lésion légère, disséminée, difficile à déceler, jusqu'à la lésion étendue qui s'impose avec évidence.

Cette théorie explique donc les différentes catégories de faits que l'anatomie pathologique nous a conduits à distinguer. Par le lien pathogénique qu'elle établit entre la contracture et l'amyotrophie, elle rend très bien compte du rapport étroit que la clinique constate entre ces deux phénomènes, puisque l'atrophie siège exclusivement dans les membres où se développe la contracture et qu'elle frappe habituellement le membre supérieur où, d'habitude,

les symptômes spasmodiques sont également prédominants. Enfin, par sa similitude avec la théorie des altérations musculaires dans les affections spinales, notamment la sclérose latérale amyotrophique aussi bien qu'avec la théorie des amyotrophies d'origine articulaire, elle acquiert un caractère de généralité qui n'est jamais un avantage négligeable sur le terrain de la pathogénie (1).

Cette théorie a été invoquée pour expliquer les contractures et l'amyotrophie chez les hystériques. Elle ne rend pas moins heureusement compte de ces mêmes phénomènes chez les stupides et les catatoniques. L'irritation part de la couche corticale et se transmet aux cellules des cornes antérieures qui réagissent à la périphérie, déterminent alors la contracture et les troubles trophiques qui en sont la conséquence. Jusqu'à nouvel ordre, et jusqu'à ce que l'anatomie pathologique en ait décidé autrement, cette irritation doit être considérée comme purement dynamique.

Chez un, au moins, de nos malades, (obs. XI) le protocole de l'observation nous fait assister à un envahissement douloureux de la contracture.

Cette douleur, d'origine assez incertaine, et accompagnée d'œdème de la main doit peut-être être rattachée à une certaine inflammation des articulations de la main analogue aux arthropathies des hémiplé-

---

1. Joffray et Achard. *Archives de Médecine expérimentale*, 1891

giques. On sait que, comme chez notre malade, cette complication des paralysies s'accompagne de crampes pénibles, de tiraillements profonds et d'irradiations douloureuses dans les muscles voisins. Cette complication si analogue au rhumatisme en est cependant totalement indépendante. Elle ne relève absolument, dit M. Souques, que de la lésion cérébrale qui a déterminé la paralysie ; elle constitue uniquement, selon l'opinion de Brown-Séquard et de Charcot, un phénomène exclusivement trophique. « Il y a de grandes vraisemblances, dit encore M. Souques, pour que le trouble trophique articulaire soit sous la dépendance des filets vaso-moteurs qui prennent leur origine dans l'encéphale et qui subissent en un point quelconque de l'axe médullaire une décussation analogue à celle des filets moteurs proprement dits (1). »

Charcot a insisté sur la production possible de brides fibreuses, et de raccourcissement de tendons, maintenant les déformations dans certains cas de paraplégies spasmodiques curables ou déjà guéries et dans des cas de contracture spasmodique d'origine hystérique. Il insiste sur ce fait que cette complication ne se voit pas dans tous les cas, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine : « Dans la plupart des cas de ce genre que j'ai observés, la résolution des contractures et la guérison se sont faites absolument

1. *Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud* (article hémiplégie).

sans intervention chirurgicale, tandis que, dans d'autres cas, de beaucoup les moins nombreux, en raison de l'existence de productions fibreuses périarticulaires et du raccourcissement des tendons, l'intervention chirurgicale a été nécessaire pour faire disparaître la déformation. » (1).

Et, se demandant pourquoi, tout étant égal d'ailleurs, en apparence tout au moins, la rétraction fibro-tendineuse se produit dans certains cas et non dans d'autres. il en arrive à invoquer une influence diathésique, un élément rhumatismal ou arthritique, que présenteraient les sujets, remarquant que certaines rétractions fibreuses non paralytiques, comme la rétraction de l'aponévrose palmaire, relèvent souvent d'un élément arthritique.

En ce qui concerne le sujet que nous traitons, les mêmes remarques et les mêmes conclusions s'imposent. Les contractures chez les stupides et les catatoniques sont extrêmement fréquentes ; Pourquoi ce symptôme n'engendre-t-il l'amyotrophie et la rétraction fibro-tendineuse que chez un nombre exceptionnellement petit de malades ? Il convient nous semble-t-il d'y voir, comme dans l'hystérie l'effet d'une cause étrangère à la psychose elle-même ; s'agit-il d'une vulnérabilité particulière du système musculo-fibreux, ou plus généralement d'une influence diathésique, l'arthritisme ? Dans l'état actuel de la science,, et bien que la conception de la dia-

1. Charcot. *Leçons du Mardi*, t. II, p. 540 et suiv.

thèse arthritique soit fortement battue en brèche, il ne nous semble pas possible de hasarder une autre hypothèse. Il semble d'ailleurs y avoir un certain rapport entre la démence précoce, qui relève la catatonie, et l'arthritisme. Les affections arthritiques, dit Claus s'observent très souvent chez les parents des déments précoces (1). Pilctz prétend que les juifs, chez qui comme l'on sait, l'arthritisme sévit d'une façon particulière, courent le danger de succomber à cette affection dans une proportion plus forte que le reste de la population (2).

Dans les paralysies et atrophies musculaires qui succèdent aux traumatismes articulaires, Charcot explique cet accident en admettant que l'affection articulaire a, par la voie des nerfs articulaires irrités, retenti sur le centre spinal ; il se forme une affection spinale deutéropathique, peu profonde, sorte d'inertie, de stupeur de l'élément cellulaire, qui laisse subsister intactes les réactions électriques, par conséquent ne détruit pas les propriétés fondamentales du muscle.

La même explication peut être donnée pour les contractures et atrophies réflexes d'origines articulaires ; les muscles sont dans la flexion à cause de la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs.

Les contractures réflexes articulaires sont parfois très étendues. « Evidemment, dit Charcot, les sujets

---

1. Claus. *Loc. cit.*
2. *Annales médico-psychologiques*, t. XV, p. 5. 1902.

chez lesquels la contracture d'origine arthropathique se généralise ainsi sont des sujets prédisposés, et, à cet égard, ils peuvent être rapprochés des hystériques, mais sont « en dehors » de l'hystérie (1).

Somme toute, chez nos malades, l'attitude stéréotypée ou l'immobilité du membre en une position vicieuse créerait un lieu de moindre résistance, favorisé encore par les excitations corticales incessantes, dont le membre atteint est l'objet. L'amyotrophie secondaire et les rétractions fibro-tendineuses que nous avons vu survenir chez nos malades seraient l'expression de la vulnérabilité de leur système fibro-musculaire.

L'arthritisme entrerait alors en jeu et nous expliquerait pourquoi la rétraction ne survient que chez un nombre limité de malades ; cette complication n'est d'ailleurs pas spéciale aux affections spasmodiques et Charcot a fait remarquer (2) qu'on la rencontre aussi à la suite des paralysies flasques, des névrites.

Ici comme chez les malades de Charcot et de Bripaud, nous croyons avoir affaire à une forme plus au moins atténuée de la maladie de Dupuytren. De même que Féré et M^lle^ Francillon (3), et après eux Tichet, dans sa thèse de Paris en 1904, ont observé la maladie de Dupuytren chez des paralytiques géné-

1. Charcot, t. III, p. 63.
2. Charcot. *Leçons du mardi, loc. cit.*
3. Féré et M^lle^ Francillon; *Rev. Chirurgie*, 1902.

raux, et concluent à une manifestation pure et simple d'une tare anatomique congénitale, de même nous croyons pouvoir conclure, chez nos catatoniques, arthritiques de par leurs ascendants (1), à une manifestation de leur diathèse.Le fait, que chez ces malades, la contracture à son début s'accompagne de douleur, et par conséquent d'un état inflammatoire semble corroborer cette façon de voir.

La maladie de Dupuytren, d'ailleurs, peut se développer en dehors des causes externes et mécaniques ; et, si généralement elle est liée à la goutte et au rhumatisme, nous nous croyons en droit d'émettre l'opinion que, chez un prédisposé, une cause interne entretenant une contracture permanente des muscles fléchisseurs peut faire de la partie atteinte un lieu d'élection pour la localisation du processus morbide.

---

1. Claus. *Loc. cit.*

## CHAPITRE IV

### Anatomie pathologique

La dissection soigneuse que nous avons faite de la main du malade de notre observation VIII ne nous a montré aucune altération pathologique de l'aponévrose palmaire ou des articulations. Partout les synoviales sont saines, et la cause de la rétraction semble siéger uniquement dans les tendons fléchisseurs. Ceux-ci jouent librement dans leurs gaines, et ne contractent aucune adhérence avec les parties voisines, mais leur diminution de longueur est telle qu'il nous est impossible d'étendre les doigts sans les sectionner. Lorsqu'on fend la gaine sur toute sa longueur, le tendon se tend au-dessus de la paume de la main à la façon d'une corde.

Le cerveau, sain macroscopiquement, pèse 1240 gr. les méninges se décollent bien, et ne présentent, aucun épaississement. A la coupe de Flechsig on ne constate aucun foyer de ramollissement, ou d'hémorrhagie.

L'histologie des nerfs médian et cubital est restée négative.

M. le professeur Mirallié, qui n'a cessé pendant toutes nos études de nous prouver toute sa bienveillance, a mis à notre disposition son laboratoire de l'Hospice Général, pour y faire l'examen histologique de notre pièce. Il a bien voulu nous éclairer de ses précieux conseils, et nous le remercions vivement de nous avoir permis de mener à bien cette étude anatomo-pathologique.

La moelle a été durcie dans le liquide de Müller. Les coupes, pratiquées au niveau du renflement cervical et colorées par la méthode de Nissl présentaient les lésions suivantes : Diminution diffuse du nombre des grandes cellules motrices dans la corne antérieure droite. A un plus fort grossissement, on voit certaines cellules ayant une forme arrondie et ayant perdu plus ou moins complètement leurs prolongements. On remarque dans les cellules malades un certain degré de chromatolyse à maximum périphérique; dans quelques unes seulement, la chromatolyse est complète. Les cellules atteintes sont réparties inégalement dans les divers groupes de la corne antérieure et on en trouve des deux côtés; dans les coupes faites dans la partie la plus basse du renflement cervical, les lésions présentent leur maximum, mais on trouve aussi des cellules dégénérées dans les régions les plus élevées de la moelle cervicale, dans la moelle dorsale et dans la région lombaire.

En définitive, cette autopsie ne nous démontre rien ; et nous nous croirions trop osé en voulant considérer ces lésions cellulaires diffuses et généralisées comme liées à l'état antérieur du sujet. Nous rapportons ici ce que nous avons vu, sans chercher à en tirer conclusion. Peut-être s'agit-il simplement d'un processus de putréfaction commençante, la pièce n'ayant été retirée que le troisième jour après le décès pour des raisons administratives.

Les malades que nous avons étudiés n'étant pas tous calqués sur le même type clinique, il serait difficile, dans l'état actuel de la question, de définir exactement les lésions nerveuses liées à ces états de contracture permanente ; néanmoins tout nous portant à croire que des troubles moteurs semblables doivent s'accompagner de lésions nerveuses importantes, il était logique d'en rechercher. Charcot (1), dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, dit que les modifications fonctionnelles qui produisent les contractures hystériques peuvent faire place à des lésions matérielles de sclérose.

H. Claude (2) étudiant le cerveau et la moelle de l'hystérique E..., qui, à la Salpêtrière, dans le service de Charcot eut des contractures permanentes d'une durée de plusieurs années, trouva des lésions multiples mais qui, les unes étaient la conséquence

---

1. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I.
2. H. Claude. « Examen des centres nerveux dans deux cas d'hystérie ». (*L'Encéphale*, juillet 1907).

de la sénilité, les autres de processus inflammatoires probablement antérieurs aux accidents hystériques, ce qui lui fait porter le jugement suivant : « Si donc nous faisons abstraction de ce qui est attribuable à la sénilité dans ces altérations, il nous semble qu'on peut avancer que le système nerveux de ce sujet n'était pas normal, sans que nous puissions affirmer dans quelles mesures les lésions méningées encéphaliques et l'hémiatrophie de la moelle ont pu intervenir pour troubler l'état fonctionnel des centres nerveux. »

Chez les malades stupides ou catatoniques atteints de rétractions tendineuses, il semble qu'il ne faille pas, *a priori*, écarter l'idée d'une lésion péri-ependymaire de la moelle.

En effet, MM. Deny et Barbé ont publié l'observation d'une femme, née d'une mère épileptique et d'un père alcoolique, atteinte de débilité intellectuelle qui, à quarante-trois ans, présenta sans cause connue, une courte phase de dépression anxieuse accompagnée de tentatives de suicide par asphyxie et ne tarda pas à tomber dans la stupeur avec négativisme, raideur musculaire, immobilité complète. « Avec son habitus figé, sa physionomie inerte, son regard fixe, sa bouche légèrement souriante, la malade donnait, moins le tremblement, l'impression d'une parkinsonnienne. » On constate à diverses reprises qu'il n'y avait ni atrophie musculaire, ni troubles des réflexes tendineux, ni clonus ; que la sensibilité cutanée était intacte et qu'il n'existait ni troubles pupil-

laires, ni nystagmus. A la longue, les doigts, sauf le pouce, se fléchirent dans le paume des mains, et pendant les six derniers mois de sa vie, elle resta confinée au lit avec de temps en temps de la cyanose et du refroidissement des extrémités.

Elle mourut enfin dans une profonde cachexie et à l'autopsie on constate des lésions de syringomyélie encore peu avancées. A l'ouverture du canal rachidien, la moelle apparut normale. « Ce n'est qu'après sa section et l'écoulement d'une petite quantité de liquide clair qu'elle se déforma, s'aplatit d'avant en arrière d'abord et ensuite latéralement, de telle sorte qu'au niveau de la région cervico-dorsale la configuration générale était celle d'un sablier à direction antéro-postérieure. Au même niveau, les cornes grises sont franchement asymétriques, la gauche, d'une façon générale est plus grêle que la droite, et plus ratatinée, elle-même déchiquetée et très irrégulière. Il existe en outre dans la région de la commissure grise postérieure une excavation centrale qui se confond avec le canal de l'épendyme.

L'examen histologique des coupes sériées de la moelle a montré que cet organe était envahi de la troisième cervicale à la deuxième lombaire par une néoplasie névroglique formée aux dépens du tissu péri-épendymaire épaissi (1). »

Les études histologiques faites sur les moelles de

---

1. Deny et Barbé. « Lésions syringoméliques chez une catatonique ». *L'Encéphale*, sept. 1907.

sujets ayant présenté des signes de maladie de Dupuytren ont donné des résultats assez voisins de celui obtenu par MM. Deny et Barbé.

E. Ferrero (1), au Congrès de Gênes, 1904, publie un cas de maladie de Dupuytren avec autopsie :

« A partir du quatrième segment cervical commence une prolifération des cellules épendymaires et une infiltration péri-épendymaire qui devient de la syrinyomyélie dans la moelle lombaire. »

D'autres auteurs, plus affirmatifs, considèrent la maladie de Dupuytren, au moins dans certains cas comme une variété de syringomyélie et l'on trouverait, d'après Testi et Breganski, de la gliomatose centrale avec de la poliomyélite antérieure ; d'après Giraldi (2), on pourrait même trouver cliniquement des troubles syringomyéliques de la sensibilité.

Pour Jardini, la lésion médullaire a pour origine l'artério-sclérose médullaire et il se base sur l'autopsie d'un homme de quatre-vingts-ans.

L'artério-sclérose est capable de déterminer l'apparition de la maladie de Dupuytren lorsqu'elle se localise aux artères médullaires et provoque la sclérose de la substance grise centrale de la moelle (3). »

Rien n'est donc encore nettement élucidé de ce

---

1. E. Ferrero. Congrès de Gênes, 1904, (*Revue neurologique* de 30 juin 1905.

2. Giraldi. *Rev crit. di clinica med.* 1904. *Arch. de neurologie*, mars 1906.

3. Jardini. *Il Morgagni*, avril 1907. Analyse dans la *Revue neurologique*, 15 déc. 1907.

côté, et il n'existe pas à proprement parler d'anatomie pathologique pour les rétractions tendineuses et les amyotrophies consécutives aux attitudes cataloniques, mais il semble que, étant données les relations étroites qui unissent la maladie de Dupuytren et le syndrôme dont nous nous occupons, les recherches devront porter de ce côté. De même que, cliniquement, nous n'avons pas pu séparer les deux affections l'une de l'autre, et que nous avons dû nous borner à considérer les rétractions de nos sujets comme des formes atténuées de maladie de Dupuytren, de même, ici, nous ne trouvons aucun signe qui puisse les différencier sûrement.

## CHAPITRE V

### Diagnostic. — Pronostic. — Traitement

### § 1. — *Diagnostic*

En présence des phénomènes singuliers que nous étudions et qui sont si évidemment en rapport avec un trouble mental, qui rappellent de si près les accidents analogues observés dans l'hystérie, il était naturel de chercher à les rattacher à cette névrose. Les auteurs, sans être absolument affirmatifs, n'y ont pas manqué.

Schuele rattache en partie la catatonie à l'hystérie, et décrit une forme de délire systématisé catatonique d'origine hystérique, et un état chronique de stupidité de même origine (1).

Wernicke a aussi signalé la fréquence de l'hystérie chez les catatoniques (2).

A propos de certaines crises nerveuses observées dans la stupeur catatonique, Kraepelin s'exprime de

1. Schüele. *Traité clinique des maladies mentales.*
2. Claus. Congrès de Bruxelles.

la façon suivante : « Ces attaques ont une grande ressemblance avec ce que nous avons constaté dans l'hystérie. S'il est d'ailleurs possible qu'elles soient bien de nature hystérique, il ne faut pas oublier qu'elles ont débuté dans les suites de couches, et les suites de couches, nous le savons, représentent un facteur important dans l'étiologie de la catatonie. J'ajouterai qu'au cours de la catatonie, j'ai souvent noté des crises identiques, avec ou sans pertes de connaissance et rappelant quelquefois l'épilepsie. Je connais des faits nombreux où des accès d'allure hystérique ont marqué la phase première d'une catatonie dont la démence fut des plus accentuées. Pour l'instant, nous ne sommes pas encore en état d'en fournir l'explication (1). »

MM. Séglas et Chaslin (2) indiquent deux terrains favorables au développement de la catatonie, c'est la dégénérescence en général et l'hystérie.

« N'est-ce pas dans l'hystérie, disent-ils, que l'on observe surtout les attaques convulsives à caractère hystéro-épileptique plus ou moins tranché, les attaques de catalepsie, de léthargie, de contracture, d'extase, les mouvements choréiformes, sans compter la simple hypérexcitabilité neuro et cutano-musculaire et la plasticité musculaire à l'état de veille ? Or jamais, dans les observations de catatonie que nous

---

1. E. Kraepelin. Introduction à *La Psychiâtrie clinique*, Paris, 1907. (Trad. Devaux et Merklen).

2. La Catatonie, *Arch. de Neurologie*, 1888.

avons lues, l'hystérie n'a été sérieusement recherchée ; c'est à peine si on mentionne vaguement la recherche de l'anesthésie sensitive. Le caractère des attaques est toujours mal déterminé et très vague, ce sont des attaques épileptiformes, hystériformes, etc. ou bien on se contente de noter : qu'un malade a l'aspect hystérique ; cependant nous inclinerions volontiers à penser qu'une recherche plus attentive eût pu déceler chez les malades la présence de quelques stigmates hystériques. Et cela d'autant mieux que l'on rencontre, à la lecture des observations, des phénomènes assez constants dans l'hystérie pour mériter qu'on s'y arrête, mais dont l'importance ne paraît pas avoir été saisie, ou qui ont été rattachés à la catatonie alors que parfois ils ont pu la précéder de plusieurs années. »

« La recherche de l'hystérie chez cette espèce de malades peut être intéressante pour expliquer, au moins dans certains cas la production de quelques-uns des troubles moteurs, on sait combien fréquentes sont chez les hystériques les altérations du sens musculaire, et il n'est pas irrationnel de supposer qu'ils pourraient se trouver en relation avec ces attitudes particulières spontanées ou provoquées que présentent les catatoniques. »

« Considérant qu'au point de vue somatique le phénomène prédominant, c'est la présence du système nerveux moteur ; au point de vue psychique, l'état de mélancolie plus ou moins profonde, le reste (symptômes et marche) n'ayant rien de spécial, nous

pensons jusqu'à nouvel ordre que la catatonie doit être rattachée à la stupeur simple ou symptomatique, dont elle ne serait qu'une variété en rapport plus étroit avec un terrain dégénératif et plus particulièrement hystérique. »

Si nous consultons nos observations au point de vue de l'hystérie, nous ne trouvons pas la confirmation de l'hypothèse qu'elles pourraient rentrer dans le cadre de cette névrose. Nous voyons même que, là où ils ont pu être recherchés, et ce n'est pas toujours le cas, étant donné l'état mental des malades, les stigmates habituels de la névrose n'ont pas été trouvés (obs. VII, obs. IX, obs. XI).

Les antécédents de nos sujets, tant personnels qu'héréditaires relèvent plutôt de la vésanie que de l'hystérie. Les contractures, chez les hystériques, se produisent le plus souvent à la suite d'une attaque et se superposent à une anesthésie du membre atteint : chez nos malades elle surviennent spontanément sans qu'il soit possible de les rattacher à un orage quelconque nerveux ou psychique.

Dans l'hystérie, les contractures, quel qu'en soit le siège, sont sous la dépendance d'une idée fixe subconsciente, d'un état émotif absolument spécialisé ; ce point a été mis en lumière par Charcot et remarquablement élucidé par Pierre Janet dans une remarquable étude (1). Dans la catatonie, nous ne trouvons à la base des phénomènes de contracture qu'un état

1. P. Janet, *Névroses et idées fixes*, T. Paris 1898.

vague de souffrance morale et d'émotivité diffuse, quand, même, il en existe. On ne saurait considérer comme analogue à l'idée fixe hystérique toujours subconsciente, l'idée obsédante de défense que l'on trouve liée chez certains stupides à la contracture des mains ainsi que nous en avons fourni des exemples, idée faisant corps avec la conscience, quelque réduite qu'elle soit, et d'ailleurs consécutive au phénomène dont elle n'est qu'une sorte d'explication pathologique.

Toutefois les points de contact ne manquent pas; la catatonie, pas plus que l'hystérie, n'a de substratum anatomique connu ; chez l'une et chez l'autre existe sans variantes bien notables, une opportunité de contracture avec exagération des réflexes tendineux ; les complications secondaires de cet état, amyotrophie, rétractions fibreuses sont les mêmes dans les deux cas.

Il nous semble qu'il n'y a rien dans ce qui précède qui soit de nature à beaucoup surprendre ; l'hystérie et la catatonie ne sont-elles par deux maladies mentales, et, malgré la divergence de leur appareil symptomatique n'ont-elles pas ce point commun : l'altération plus ou moins considérable de la conscience personnelle qui fait que, dans l'hystérie, la personnalité est plus ou moins réduite, et dans la catatonie, plus ou moins obnubilée ? Plusieurs auteurs ont comparé l'hystérie à une sorte de sommeil de certains éléments nerveux de la couche corticale ; on peut à plus forte raison, peut-être, faire la même

comparaison pour la catatonie (1). Au reste, les symptômes de l'hystérie n'ont en soi rien de particulier, de pathognomonique ; il n'est donc pas contraire à la logique d'admettre que certains des ses symptômes puissent se manifester dans une affection nerveuse appartenant à un groupe voisin. On sait qu'il existe en ce moment dans la science une tendance formelle à restreindre le domaine de l'hystérie devenant trop étendu et à le circonscrire dans des limites moins arbitraires. Dans l'ensemble des symptômes latents de l'hystérie, dit M. Claude dans son rapport au congrès de Genève (2), « on doit considérer ceux qui relèvent du nervosisme originel et ceux qui sont l'expression de l'hystérie. La sensation de boule, l'hypéresthésie de certaines parties des téguments, l'hypoalgésie, le dermographisme, etc. rentreraient par exemple dans le premier groupe ; le second groupe est constitué par toute la série des manifestations variées que l'on peut faire apparaître, expérimentalement en quelque sorte, chez l'hystérique, par suggestion. »

Réduire l'hystérie à ces étroites limites est peut-être exagéré ; en tous cas, la suggestibilité nous paraît tout à fait étrangère aux états que nous avons étudiés.

---

1. P. Sollier. *L'hystérie et son traitement.* E. Claparède. « Esquisse d'une théorie biologique du sommeil. » (*Arch. de psycologie*, 1905).

2. Claude. *Définition et nature de l'hystérie.* Genève, 1907.

« On nait hystérique, on ne le devient pas », a dit le professeur Pitres. Il est remarquable que plusieurs de nos malades, arrivées presque à l'âge mûr quand elles ont été prises de leur affection mentale, n'avaient antérieurement présenté aucun accident hystérique digne d'être noté.

En somme ce qui nous paraît le plus rapprocher les deux affections dont nous avons essayé de faire le parallèle, c'est, ainsi que l'a fait observer le professeur Joffroy, la communauté d'origine.

Les psycho-névroses sont fonction d'un terrain plus ou moins modifié par la dégénérescence. Dans les psychoses catatoniques, la modification est seulement plus profonde, la tare congénitale est d'un caractère plus grave, le trouble évolutif du système nerveux a été plus formel, plus nettement tératologique ; c'est pourquoi il aboutit plus sûrement à des lésions anatomiques probables bien qu'encore peu définies et à un état mental incurable qui est la démence.

Les affections organiques du système nerveux susceptibles de retentir sur un membre ou un segment de membre devront être soigneusement éliminées, et, à part les quelques cas rares où l'affection mentale et l'affection nerveuse pourraient s'être superposées, le diagnostic sera en général facile.

La syringomyélie. dont les lésions ont été trouvées par MM. Deny et Barbé (1), chez une catatonique,

1. Deny et Barbé. Lésions syringomyéliques chez une catatonique. (*L'Encéphale*, septembre 1907).

se caractérise comme l'on sait par une atrophie musculaire progressive associée à des troubles moteurs. La dissociation de la sensibilité qu'on y observe, la thermo-anesthésie, l'importance des troubles trophiques et vaso-moteurs, la gravité des troubles de la motilité et les déformations particulières de la main sont autant de signes dont l'un ou l'autre passera rarement inaperçu.

Chez nos malades nous n'avons rien observé de semblable, et l'autopsie que nous avons pu faire ne nous a pas montré les lésions caractéristiques que l'on rencontre à l'autopsie des malades atteints de cette affection.

La sclérose latérale amyotrophique, quand elle s'accompagne de troubles mentaux, pourrait peut-être donner le change ; mais la contracture est rarement limitée à un membre, l'atrophie musculaire est beaucoup plus étendue, l'existence de troubles bulbaires intéressant le domaine de distribution du facial, de l'hypoglosse, du trijumeau (portion motrice) du glosso-pharyngien, du spinal, du pneumo-gastrique et la paralysie toute spéciale qui en résulte, nous mettront sur la voie du diagnostic ; de plus, le trouble mental est généralement celui de la démence apathique et délirante, non celui de la catatonie.

Les atrophies musculaires progressives, de types nettement définies, suivent une marche lente et fatale que nous n'avons jamais constatée chez nos malades.

La pachyméningite cervicale hypertrophique, dont

le début passera rarement inaperçu à cause des douleurs qu'il entraîne, ne donne de l'atrophie qu'à une période avancée de la maladie ; la contracture porte sur les extenseurs, et donne des déformations exactement opposées à celles que nous avons décrites.

Les névrites périphériques sont ordinairement symétriques, et l'atrophie qu'elles entraînent s'accompagne habituellement de dégénérescence.

La rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts, décrite par Patel et Viannay en mai 1903 se rapprocherait assez par des symptômes de l'affection qui nous occupe ; néanmoins, nous croyons pouvoir différencier les deux syndrômes en nous basant sur l'étiologie très spéciale que les deux auteurs assignent à la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts. De plus, les déformations ne sont pas absolument les mêmes, et l'extension devient toujours possible et complète quand la main est fléchie sur l'avant-bras.

Chez nos malades, la rétraction tendineuse se modifie le plus souvent avec l'état mental ; la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts est au contraire incurable et les lésions qui la produisent et l'accompagnent sont définitives.

La paralysie générale s'accompagne parfois de rétractions palmaires. Les travaux de Féré et Mme Francillon, puis la thèse de Tichet tendent à considérer ces rétractions comme des cas de maladie de Dupuytren. Les conclusions de Tichet à ce sujet sont formel-

les, et, si la maladie de Dupuytren peut revêtir chez les paralytiques généraux une forme atypique, les deux affections évoluent chez eux simultanément et rigoureusement indépendamment l'une de l'autre ; dans les cas que nous relatons, au contraire, il nous semble qu'il y ait un rapport étroit entre l'état mental et le développement de la rétraction tendineuse. dans la paralysie générale, la catatonie est rare, et les symptômes propres à cette maladie sont la plupart du temps assez significatifs pour lever les doutes.

La maladie de Dupuytren, que nous avons mentionnée à diverses reprises au cours de ce travail présente une symptomatologie très voisine de l'affection qui nous occupe. C'est constamment au niveau du bord cubital de la main qu'apparaissent les lésions ; c'est d'abord l'auriculaire, puis l'annulaire qui se fléchissent, et quand les autres doigts ont atteint leur tour, ils le sont à un degré moindre. Les doigts envahis sont dans une flexion permanente ; la première phalange fléchie sur le métacarpien, la seconde sur la première, la troisième est, au contraire, en extension sur la seconde ; on ne peut arriver à étendre les doigts fléchis ; la flexion peut arriver à un point tel que les doigts s'appliquent contre la paume de la main et s'y enfoncent. Voilà aussi, à quelques lègères différences près, ce que ce que nous avons observé chez nos catatoniques : la maladie de Dupuytren tel que nous la trouvons décrite dans les auteurs aboutit cependant toujours à la formation de brides saillan-

tes et de nodosités dans la paume, or, nous n'avons observé cette lésion qu'une fois (Obs. III). La marche de l'affection est lente et fatalement progressive, les deux mains sont fréquemment atteintes soit simultanément, soit plutôt successivement. La pathogénie de la rétraction de l'aponévrose palmaire n'est pas univoque, et si la plupart des auteurs admettent à juste titre d'ailleurs, qu'il y ait lieu de penser à l'influence d'un traumatisme repété, nous remarquons que depuis quelques années, les auteurs les plus autorisés tendent à considérer la maladie de Dupuytren comme l'expression d'une lésion nerveuse, ou, tout simplement, de la diathèse arthritrique.

Pour Maréchal (1) il semble que la rétraction pulmonaire doive appartenir au groupe des trophonévroses, attribuables soit à une altération des rameaux nerveux périphériques, ou plutôt en raison de sa bilatéralité une lésion des centres nerveux que, peut-être pourraient déceler les moyens d'analyse plus délicats que nous possédons.

Pour Mauclaire (2), il semble qu'il y aurait un trouble trophique soit médullaire, soit cérébral, agissant sur la nutrition de l'aponévrose palmaire.

Dans quelques cas où la maladie de Dupuytren était d'origine médullaire, on a trouvé à l'autopsie les altérations de la syringomyélie ; toutefois un autre

1. Maréchal. *Journal de Neurologie*, 1899.
2. Mauclaire. *Rétraction aponévrose palmaire* (Le Dentu-Delbet).

processus peut intervenir, et A. Jardini a publié une observation où, à l'autopsie, on trouva des lésions de la substance péri-ependymaire (désintégration lacunaire) causées par de l'artério-sclérose chez un vieillard de quatre-vingts ans (1).

D'après ce dernier auteur, le mécanisme pathogénique de la maladie de Dupuytren serait unique. « Une altération de la substance grise spinale qui dépend de causes variées dont la plus commune est l'artério-sclérose. »

Il est clair que nos observations, recueillies presque toutes chez les sujets jeunes, échappent à cette explication, et qu'on ne saurait, chez nos malades, invoquer l'artério-sclérose.

La théorie des lésions périphériques suppose dans un certain nombre de cas des lésions névritiques. Cette explication est improbable dans notre cas, et l'autopsie que nous avons faite est négative sur ce point.

« Pour M. Régis, la maladie de Dupuytren considérée tout d'abord comme d'origine purement locale et traumatique, tend à être regardée aujourd'hui comme la manifestation d'un état général qui serait presque toujours l'arthritisme (2). »

Cette conclusion est aussi voisine que possible de celle de Menjaud (3), qui étudiant la rétraction spon-

---

1. Jardini. *Iconocraphie de la Salpêtrire*, t. 19, 1906.
2. Régis. Congrès de Toulouse, 1887.
3. Menjaud. Thèse de Paris, 1861.

tanée et progressive des doigts dans ses rapports avec la goutte et le rhumatisme goutteux concluait à une relation de cause à effet entre le rhumatisme goutteux et les lésions palmaires.

Il nous est bien difficile, en somme, d'assigner une étiologie spéciale à la maladie de Dupuytren, toutes les explications qui en sont données sont satisfaisantes, et nous sommes convaincus, pour notre part, que l'immobilité prolongée en état de contracture survenant au cours d'une psychose chez un arthritique peut suffire en dehors des lésions nerveuses ou traumatiques à produire une forme atténuée de maladie de Dupuytren.

Quoique les cas observés par nous et ceux qui ont bien voulu nous aider dans ce travail, ne soient pas tous absolument identiques, et que leur mode de développement diffère un peu suivant les malades (V. observation), nous croyons qu'il s'agit là d'une seule et même affection, et jusqu'à nouvel ordre, notre conclusion ne diffère pas de celle de A. Cullerre, qui, en 1904, se ralliant à l'opinion de Brissaud au sujet de la rétraction des deux derniers doigts chez les tourneurs de bouchons, concluait à une forme atténuée de la maladie de Dupuytren.

## § II. — *Pronostic*

Le pronostic des rétractions tendineuses et des amyotrophies qui font suite aux attitudes stéréoty-

pées est forcément assez sévère, puisqu'il s'agit généralement de lésions siègeant au membre supérieur, mais il ne doit pas être désespéré. Nous avons montré en effet qu'il y a tendance à l'amélioration locale quand il y a amélioration de l'état mental, et les observations I. II. III. VII. IX. X. XI. semblent nous le prouver.

Néanmoins nous ne croyons pas que ; lorsque la contracture aura duré plusieurs mois, ou même des années, la *restitutio ad integrum* puisse s'effectuer. Ici d'ailleurs, comme pour les cas de rétractions consécutives aux contractures hystériques, l'examen électrique des muscles devra être pratiqué, et la constatation de la réaction de dégénérescence assombrira le pronostic.

## § III. — *Traitement*

L'état mental des malades étant susceptible de s'améliorer parfois au point de leur permettre de vivre de la vie commune dans la suite, il est important de leur faire suivre un traitement qui les mette à l'abri, dans la mesure du possible, d'une infirmité permanente et définitive. Malheureusement, au moment de la période aiguë pendant laquelle se forme la rétraction, il est assez difficile de leur faire faire les exercices qui conviendraient ; tout au plus, à cette époque pourrons nous employer des procédés palliatifs ou prophylactiques, ajoutés au traitement

général qui s'impose le plus souvent : reconstituants, toniques, hydrothérapie.

Nous proposerons à cet effet l'emploi de bandes roulées ou de pelotes placées dans la paume de la main comme le montre la figure.

Mais les malades ne s'y plieront que difficilement, souvent même pas du tout.

Contre l'amyotrophie, Charcot (1) puis P. Janet (2) ont recommandé le massage. Chez les malades visés précédemment, les manœuvres du massage pourront être tentées, et l'effleurage, le pétrissage les malaxations, etc., pourront rendre au muscle sa tonicité

1. Charcot. *Leç. du mardi*, T. II, p. 543.
2. P. Janet. *Loc. cit.*

normale ; des mouvements passifs pourront être communiqués, et si le sujet se prête aux pratiques de la mécanothérapie, il est probable que, si la lésion n'est pas trop ancienne, nous obtiendrons d'excellents résultats. Les succès de cette méthode ne sont plus à compter, surtout lorsqu'on accompagne la mécanothérapie d'électrothérapie, et nous croyons qu'en aucun des cas où elles seront applicables on ne devra priver le sujet des bénéfices qu'il en peut retirer. Ajoutons à ces divers modes de traitements l'introduction électrolytique d'ions médicamenteux, qui, d'après Brillouet (1) possède une influence résolutive constante sur les formations scléreuses.

« Lorsque l'état mental sera amélioré, et que le sujet s'intéressera lui-même à son traitement, notre tâche sera toute facilitée, car, comme le dit excellemment E. Feindel, (2) si l'on peut beaucoup avec le malade, on ne peut rien sans lui. »

Convient-il de procéder à des opérations chirurgicales pour rendre au membre ses fonctions ? Charcot, dans les cas de rétractions du tendon d'Achille et de productions fibreuses autour de l'articulation tibio-tarsienne consécutives aux paraplégies hystériques conseille l'intervention ; mais elle ne doit pas être tentée tant que l'élément spasmodique persiste ;

---

1. Brillouet. *Les ions, et particulièrement l'ion iodé, et leur emploi en thérapeutique*. Thèse de Paris, 1908.

2. E. Feindel. *Pratique médico-chirurgicale* Art. Discipline psycho-motrice. Paris 1907.

ce n'est qu'après la disparition de ce symptôme qu'on est dans des conditions favorables au succès, et, dans plusieurs circonstances, M. Terrillon a opéré et guéri, sous son inspiration, des malades qui fussent demeurés infirmes pour leur vie entière. L'intervention chirurgicale ne serait indiquée que dans les cas de guérison du trouble mental, et au cas où la rétraction gênerait trop les mouvements des doigts et de la main : mais cette indication se posera bien rarement, parce que :

1° Quand l'état mental s'améliore, il est habituel de voir aussi s'améliorer l'état local de sorte même que la guérison complète peut-être obtenue naturellement, en théorie tout au moins.

2° Quand le trouble mental persiste à l'état chronique, une opération n'aurait aucune utilité, ni pratique, ni esthétique.

Les cas individuels, toutefois peuvent-être indéfiniment variés, et dans l'hypothèse où un malade présenterait une guérison mentale tardive avec rétraction définitive, non modifiable par les procédés ordinaires, l'opportunité d'une intervention chirurgicale se poserait comme chez les hystériques.

## CONCLUSIONS

Dans les psychoses à base de stupeur et de confusion mentale, on peut voir survenir des phénomènes musculaires spasmodiques caractérisés par de la raideur, des contractures ou des attidutes stéréotypées d'origine psychique.

— Ces contractures entraînent chez quelques-uns de ces malades, ainsi que l'a fait observer A. Cullerre en 1904, des troubles trophiques dans les muscles intéressés.

— Les amyotrophies et les rétractions tendineuses ainsi produites paraissent être en rapport avec la durée de la contracture, et frappent particulièrement les muscles fléchisseurs des trois derniers doigts de la main.

— Elles atteignent un nombre relativement petit de malades, dont le système fibro-musculaire est spécialement vulnérable, et il semble qu'il y ait là une manifestation de la diathèse arthritique.

— Il s'agit vraisemblablement d'une forme atténuée et atypique de la maladie de Dupuytren.

— Les modifications de l'état mental produisent un effet heureux sur la marche de l'affection locale, et la

guérison de la psychose peut entraîner la guérison de la rétraction ; il subsiste néanmoins un certain déficit, et dans la majorité des cas, la *restitutio ad integrun* ne peut s'effectuer.

— Le traitement de la psychose elle-même peut suffire dans certains cas, mais on devra le plus souvent lui adjoindre un traitement local approprié.

— Ce traitement local sera celui des atrophies musculaires en général ; massage, mécanothérapie, électrothérapie, électroïonisation ; les opérations chirurgicales seront rarement indiquées.

---

Vu : Le Président de la thèse
JOFFROY

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Annales médico-psychologiques, t. XV, p. 5, 1902.

*Babinski.* — De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. Arch. de Neurologie, 1886.

*Brissaud.* — Société de Neurologie, 4 déc. 1902.

— Recherches anatomo-pathologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques. Th., Paris, 1880.

*Brillouet.* — Les Ions, et particulièrement l'ion-iode. Leur emploi en thérapeutique. Th., Paris, 1907.

*Charcot.* — Œuvres complètes, vol. IV.

— Leçons du mardi, vol. II, 450.

— Leçons sur les maladies du système nerveux, t. I.

*Claparède.* — Esquisse d'une théorie biologique du sommeil. Archives de psychologie, 1905.

*Claude.* — Définition et nature de l'Hystérie. Congrès de Genève. 1907.

— Examen des centres nerveux dans deux cas d'hystérie. Journ. l'Encéphale, juillet 1907.

*Claus.* — Catatonie et stupeur. Rapport au congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles, 1903.

*Gullerre* (A.) – Des rétractions tendineuses et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. Communication au Congrès de Pau, 1905.

— Etude clinique de la lypémanie stupide. (Annales médico-psychologiques, 1873).

*Dagonet.* — De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection mentale désignée sous ce nom. (Annales médico-psychologiques 1872.)

*Déjérine.* — Séméiologie des maladies du système nerveux, in traité pathologie générale Bouchard.

*Delasiauve.* — Journal de médecine mentale. — 1851 et suiv.

*Deny* et *Barbé.* — Lésions syringomyéliques chez un catatonique. (L'Encéphale, sept. 1907).

*Dide.* — Iconographie de la Salpêtrière, 1903-1904.

*Esquirol.* — Des maladies mentales. T. I. Paris, 1838.

*Fabret* (J.-P.) — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris, 1864.

*Feindel.* — Discipline psycho-motrice, in pratique médico-chirurgicale publiée sous la direction de Brissaud, Pinard et Reclus. Paris, 1907.

*Féré* et *Mlle Francillon.* — Revue de chirurgie, 1902.

*Féré.* — Pathologie des émotions. Paris, 1892.

*Ferrero.* — Congrès de Gênes, 1904. (Revue neurologique, 30 j. 1905).

*Gilbert-Ballet.* — Traité de pathologie mentale. Paris, 1903.

*Gilles de la Tourette.* — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1891.

*Giraldi.* — Riv. critic. di clinica medicale (1904) (trad. Archives de neurologie, mars 1905).

*Grasset.* — Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal. Montpellier, 1899.

— L'appareil nerveux du tonus (compte rendu du Congrès de Limoges, 1901).

*Griesinger.* — Traité des maladies mentales. (Traduction Doumic. Paris, 1865).

*Jardini.* — Iconographie de la Salpêtrière. T. XIX, 1906.

*Janet.* — Névroses et idées fixes. T. I. Paris, 1898.

*Joffroy.* — Les myopsychies. Rev. neurologique, 1902.

*Joffroy* et *Achard.* — Archives de médecine expérimentale, 1891.

*Kahlbaum.* — Die Catatonie. Berlin, 1874.

*Krafft-Ebing.* — Traité clinique de psychiatrie. (Trad. G. Laurent. Paris, 1897).

*Kraepelin.* — Introduction à la psychiâtrie clinique. Paris, 1907.

*Maréchal.* — Journal de Neurologie 1899.

*Mauclaire.* — Rétr. aponévrose palmaire. (in Traité Le Dentes et Delbet.)

*Meige* et *E. Feindel.* — Les tics et leur traitement (Paris 1902.)

*Menjaud.* — (Thèse de Paris. 1861)

*Morel.* — Traité des maladies mentales. Paris 1860.

*Patel et Viannay.* — De la rétraction isolée des fléchisseurs des doigts. (Gazette des hôpitaux mai 1902).

*Ch. Richet.* — L'Homme et l'intelligence. Paris 1884, Physiologie des muscles et des nerfs. Paris 1882.

*Régis.* — Congrès de Toulouse 1887.

*Sollier.* — L'hystérie et son traitement.

*Schuele.* — Traité clinique des maladies mentales. Paris 1888.

*Séglas et Chaslin.* — La Catatonie (Arch. Neurologie 1888.)

*Vulpian.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. T. VIII.

*Van Gehuchten.* — Réflexes cutanés et tendineux. (Congrès international. 1900.)

Imprimerie de la Faculté de médecine Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris.